EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR H. DURET

Ex Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Professeur de clinique Chirurgicale à la Faculté libre de Lille,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Membre et ancien Vice-Président de la Société
anatomique de Paris,
Membre de la Société de Biologie, etc.,
Chevalier de St-Grégoire-le-Grand.

LILLE
IMPRIMERIE L. DANEL.
rue Nationale, 93
1896

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

EXPOSÉ DES TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

SECTION PREMIÈRE

I.

GRADES UNIVERSITAIRES. CONCOURS et FONCTIONS. RÉCOMPENSES SCIENTIFIQUES.

Bachelier ès-lettres (1868).

Bachelier ès-sciences naturelles (1868).

Bachelier ès-sciences physiques et mathématiques (1868).

Externe des Hôpitaux de Caen (1869).

Prosecteur d'anatomie à l'École de médecine de Caen (1869).

Prix de fin d'année (1869).

Première médaille d'or du Concours d'anatomie (1869).

Externe des Hôpitaux de Paris (1869).

Aide-major auxiliaire du Val-de-Grâce (1870).

Aide-chirurgien aux armées de la Meuse et de la Loire (1870).

Interne des Hôpitaux de Paris (1872).

Aide du laboratoire d'histologie et conservateur du Musée des Hôpitaux de Paris (1873).

Lauréat de la Société de Biologie (Prix Godard, pour ses recherches sur la circulation du bulbe rachidien, de la moelle épinière et des hémisphères cérébraux), (1874).

Lauréat des prix de l'Internat des Hôpitaux de Paris (1876).

Aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris (1876).

Lauréat de l'Institut (1er Prix de Physiologie expérimentale (1877), pour ses recherches avec le Docteur Carville sur les fonctions des hémisphères cérébraux).

Docteur en médecine (1878).

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (Prix de thèses, médaille d'argent, pour sa thèse sur les Traumatismes cérébraux).

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris (concours 1878).

Enseignement libre à la Faculté de Paris (cours autorisé de Pathologie externe à l'École pratique (1878-1879-1880-1881-1882).

Chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris (concours de 1880).

Chirurgien des hôpitaux de Paris (concours de 1882).

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de Lille (1884).

Chirurgien de l'hôpital La Charité à Lille (1884).

Doyen de la Faculté catholique de Médecine (1890-93).

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES
DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Membre adjoint de la Société anatomique de Paris (1873).

Membre de la Société Linnéenne de Normandie (1873).

Membre de la Société de Biologie (1875).

Membre titulaire de la Société anatomique (1876).

Secrétaire de la Société de Biologie (1876-1878).

Membre honoraire de la Société anatomique.

Vice-Président de la Société anatomique (1882).

Membre de la Société des Sciences médicales de Lille (1885).

Président de la Société des Sciences médicales (1888).

Président de la Société anatomo-clinique de Lille (1886-1896).

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris (1889).

Membre du Congrès de Chirurgie, du Congrès international de Gynécologie de Bruxelles (1893).

Vice-Président du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux (1895).

Président d'Honneur du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique (Genève, 1896).

Chevalier de St-Grégoire-le-Grand (1890).

SECTION II.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1872 à 1884

Anatomie

I. — *Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rachidien.*

(Arch. de Physiologie, 1872-73, avec planches)

II. — *Recherches anatomiques sur la circulation des hémisphères cérébraux et de la moelle épinière.*

(Arch. de Physiologie, 1873-74, avec planches).

Ces deux mémoires très estimés, qui ont obtenu le prix Godart à la Société de Biologie, ont été faits à l'âge de 22 ans, et ont commencé la réputation scientifique de l'auteur.

Ils ont fait connaître la distribution territoriale des artères des hémisphères cérébraux. du bulbe rachidien et de la moelle épinière. Ils ont favorisé plus tard l'adaptation pathologique et clinique des travaux physiologiques sur les localisations cérébrales, qu'ils ont précédé. Ils ont permis de se rendre compte de la disposition topographique des foyers de ramollissement et d'hémorrhagie de l'encéphale, et des zones de distribution de l'inflammation dans certaines méylites : ataxie locomotrice, sclérose latérale, myélites centrales, etc.).

Dans ces travaux, on trouve aussi quelques recherches originales sur la topographie des noyaux cérébraux (corps striés, couches optiques, pédoncules cérébraux, etc.).

III. *Sur la disposition du tissu spongieux des os chez l'homme et les mammifères.*

(Bull. de la Soc. de Biologie, 1878).

Ce travail met en lumière ce fait : que les colonnettes et les aréoles du tissu spongieux des os ont une disposition des plus remarquable en rapport avec les lois de la mécanique animale. Elles forment des demi-ogives ou des ogives complètes qui supportent les plateaux articulaires, transmettent et distribuent les pressions aux différents points de la surface interne de la colonne creuse du tissu compacte des diaphyses. Cette disposition est des plus nettes dans le col du fémur, dans les condyles fémoraux et tibiaux, le calcaneum, etc., et en général dans les os qui supportent le poids du corps. Une structure comparable s'observe dans les os du bassin, dans les os plats, etc. Elle permet d'expliquer la forme des fragments osseux dans les fractures indirectes des os du membre inférieur.

IV. *Etude sur la disposition des veines du rectum.*

(Bull soc. anatomique de Paris, 1878).

V. *Sur les canaux galactophores.*

(Mémoire inédit déposé pour le concours du Prosectorat de la Faculté de Paris en 1878).

Cette étude est faite d'après des préparations par corrosion bien réussies, dont les meilleurs exemplaires sont placés dans les vitrines du Musée Orfila.

VI. Embryogénie. — *Note sur le développement et ordre d'apparition des plis cérébraux chez le fœtus et l'embryon. — Rapports qu'ils présentent avec le développement du crâne.*

(Bull. Soc. de Biologie 1877).

L'auteur expose, d'après des recherches originales, la doctrine suivante : les plis cérébraux sont le résultat de l'action incessante du crâne sur la masse nerveuse encéphalique. Il recherche la démonstration de ce fait sur le cerveau d'un certain nombre d'animaux.

VII. Anatomie comparée. — *Note sur la circulation cérébrale chez les animaux.*

(Soc. de Biologie, 1877).

Comparaison avec la même circulation chez l'homme. Démonstration indirecte des doctrines de Leuret et Gratiolet, de Turner, de Broca, sur la disposition des plis cérébraux.

PHYSIOLOGIE.

I. *Sur les fonctions des hémisphères cérébraux.* (Histoire, critique et recherches expérimentales).

(En collaboration avec le Docteur Carville. Archives de Physiologie, 1874, 239 pages, 12 fig. et 1 planche. Prix de l'Institut).

SOMMAIRE

Histoire et critique

Première partie. — I. Méthodes anciennes. — Leurs résultats. II. Méthodes des injections interstitielles. — *A*). M. Fournié. Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau. — *B*). Nothnagel. Méthode des injections interstitielles à l'aide de l'acide chromique. — *C*). Méthode des courants galvaniques : Recherches de Fritsch et Hitzig. — *D*). Méthode des courants faradiques. — Expérience de Ferrier sur les animaux des différentes classes et sur le cerveau du singe. — *E*). Quelques faits pathologiques.

DEUXIÈME PARTIE. — Critique expérimentale des méthodes de Fritsch, Hitzig et Ferrier.

I. Diffusion des courants.

II. Action des anesthésiques.

III. Les phénomènes décrits par Hitzig et Ferrier ne sont pas dus à une action réflexe.

TROISIÈME PARTIE. — Recherches expérimentales sur les fonctions des hémisphères des cérébraux.

I. Rôle physiologique des circonvolutions. — Zones excitables. — Centres corticaux.

A). Mode d'action des courants faradiques sur les circonvolutions cérébrales. — Causes d'erreur.

B). Recherche des centres moteurs volontaires des circonvolutions à l'aide des courants faibles. — Critique expérimentale de certains centres décrits par Ferrier.

C). Démonstration de l'existence de centres moteurs volontaires, dans les circonvolutions, par la méthode des *extirpations localisées*: XII expériences personnelles.

II. Fonctions du noyau coudé et de la couche optique.

III. Fonctions de l'expansion pédonculaire.

IV. Quelques faits expérimentaux utiles à connaître au point de vue pathologique.

V. Synthèse physiologique. — Situation probable des centres moteurs volontaires dans le cerveau de l'homme (*avec une belle planche, la première produite sur les localisations cérébrales chez l'homme*). — Direction à donner aux études pathologiques.

Cet important travail a, le premier, fait connaître en France, les recherches de Fritsch, Hitzig en Allemagne, de Ferrier, en Angleterre, sur les FONCTIONS DU CERVEAU. Il contient la critique *expérimentale* des études de ces savants physiologistes.

Les auteurs ont, les premiers, employé la méthode des extirpations localisées, au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales.

Dans un rapport très élogieux, M. le Professeur Milne-Edwards, Membre de l'Institut, s'exprime ainsi :

« Parmi les pièces adressées à l'Académie pour le Concours de Physiologie expérimentale, la Commission (*composée de MM. Cl. Bernard*, Vulpian, *Robin*, *Gosselin*, *Milne-Edwards*), chargée de juger ces travaux, a particulièrement remarqué deux mémoires relatifs à l'action des courants électriques sur le cerveau, et dus, l'un à M. le Dr Ferrier, médecin de l'Hôpital du Roi à Londres, l'autre à MM. Carville et Duret, jeunes physiologistes de l'École de Paris, dont l'Académie a déjà entendu les noms prononcés avec éloges.

La voie dans laquelle ces auteurs se sont engagés n'a pas été ouverte par eux. Déjà, en 1809, Rolandy avait fait quelques pas incertains; et, en 1870, elle avait conduit MM. Fritsch et Hitzig à des découvertes importantes : mais M. Ferrier a poussé ses investigations plus loin que ses devanciers, et MM. Carville et Duret *ont contribué aussi d'une manière notable, aux progrès de nos connaissances relatives aux propriétés physiologiques de l'encéphale*, sujet qui, cependant avait été déjà traité de main de maître par Flourens, par Magendie, par Longet, et par plusieurs autres expérimentateurs dont il serait superflu de rappeler ici les noms... ».

« La Commission chargée de décerner le prix de Physiologie pour 1894 examina avec beaucoup d'intérêt le mémoire de M. Ferrier (déposé à cette époque) ; mais elle crut devoir ajourner son jugement sur ce travail, parce que son auteur se proposait de pousser ses recherches plus loin et parce que des doutes s'étaient élevés au sujet de la signification des faits signalés, soit par ce physiologiste, soit par MM. Fritsch et Hitzig.

Effectivement, on pouvait se demander si les phénomèmes constatés par ces investigateurs étaient bien une conséquence de l'excitation de la substance grise des couches corticales de l'encéphale, et ne résultaient pas de la transmission du courant électrique jusqu'aux parties basilaires de l'axe cérébro-spinal situées au-dessous

des points d'application des électrodes, et déjà connues comme remplissant les fonctions de foyers excito-moteurs.

« MM. Carville et Duret ont étudié cette question avec beaucoup de soin et de précision ; leurs expériences faites dans le laboratoire d'un des membres de votre Commission, M. Vulpian, *nous paraissent probantes*, et il en est résulté non seulement la confirmation des principaux résultats obtenus par M. Ferrier, mais aussi la constatation de plusieurs faits nouveaux dont l'importance est considérable . . .

« Pour bien apprécier la signification des faits constatés, soit par M. Ferrier, soit par ses devanciers MM. Fritsch et Hitzig, il est nécessaire de prendre en considération les résultats fournis par les expériences de MM. Carville et Duret. Sans être complètement d'accord avec ces physiologistes sur l'indépendance et sur les limites de tous les foyers d'action dont nous venons de parler, MM. Carville et Duret tirent aussi des recherches qui leur sont propres, cette conclusion générale, qu'il existe à la surface des circonvolutions cérébrales des points spéciaux dont l'excitation par des courants électriques faibles détermine des mouvements parfaitement locaux et distincts : mais ces auteurs ont constaté que l'existence de la substance grise dans ces points n'est pas nécessaire pour l'obtention des effets indiqués, car ces phénomènes produits par l'électricité appliquée de la sorte se manifestent après l'ablation et la désorganisation de cette substance, comme lors de son existence. MM. Carville et Duret ont constaté aussi que la section des fibres de la substance blanche, qui relient une de ces portions de la couche corticale au mésencéphale, rend cette portion inapte à provoquer des mouvements quand on l'excite galvaniquement; et, d'autre part, il est à noter que l'excitation électrique de l'écorce grise du cerveau, n'est suivie d'aucune contraction musculaire chez les animaux qui sont plongés dans un état d'anesthésie profonde, par l'action du chloroforme, de l'éther et du choral . . . . . .

« . . . Les faits de Pathologie recueillis en 1825 par notre savant confrère M. Bouilland, dans divers cas d'aphasie, et les observations plus récentes de M. Broca avaient rendu probable l'existence d'un centre excitateur de ce genre ; la découverte due à MM Fritsch et Hitzig, les résultats fournis par les recherches expérimentales de M Ferrier, et les faits constatés par MM. Carville et Duret

tendent tous à établir que le cerveau contient beaucoup de foyers d'innervation, de nature analogue, et également aptes à exercer leur empire sur autant de parties distinctes du système musculaire. La différenciation des propriétés physiologiques des diverses parties du cerveau se manifeste d'autant plus nettement, que les animaux soumis à ce genre d'investigations sont plus élevés en organisation ; mais la division du travail physiologique, réalisée de la sorte, ne semble être complète chez aucun des Vertébrés, dont les fonctions cérébrales ont été étudiées à ce point de vue. Ainsi, même chez le chien, la localisation des influences excito-motrices développables par la volonté, ne saurait être considérée comme absolue, car MM. Carville et Duret, ont vu les mouvements volontaires se rétablir au bout de quelque temps, dans le membre, qui, au premier moment, avait été en grande partie soustrait au contrôle de la volonté, par suite de la destruction de la partie de l'écorce cérébrale dont l'excitation électrique provoquait le jeu des muscles. Or ce retour au mode de fonctionnement normal ne pouvait être attribué à une suppléance effectuée par la partie correspondante de l'autre hémisphère, car la guérison persista, après que MM. Carville et Duret eurent détruit cette seconde moitié de l'appareil excitateur spécial.

« On doit à ces auteurs la constatation de plusieurs autres faits nouveaux relatifs aux modes d'action des diverses parties de l'encéphale, etc.

« Votre Commission a cru devoir s'abstenir de porter un jugement sur les vues théoriques et les hypothèses présentées par M. Ferrier. En effet, les physiologistes peuvent être partagés d'opinion au sujet des conséquences à tirer des faits acquis à la science, soit par cet expérimentateur, soit par ses devanciers, MM. Fritsch et Hitzig, soit par ses émules, MM. Carville et Duret; mais on ne saurait méconnaître l'importance de ces faits. MM. Fritsch et Hitzig n'étant pas au nombre des concurrents dont la Commission avait mission de juger les travaux, nous n'avons pas à nous en occuper en ce moment; mais nous avons pensé qu'il convenait de ne pas tarder davantage à nous prononcer sur le mérite des recherches de M. Ferrier et de MM. Carville et Duret, qui s'étaient présentés à notre barre. Ces travaux nous paraissent l'un et l'autre dignes des récompenses de

l'Académie, et après avoir examiné non moins attentivement les autres pièces envoyées au Concours, votre Commission a résolu de vous proposer que le prix de Physiologie pour 1877, soit partagé entre M. Ferrier, pour l'ensemble de ses expériences sur les effets produits par l'électrisation de la surface du cerveau, et MM. Carville et Duret, pour leur mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les fonctions des hémisphères cérébraux.* » (Compte rendu des séances de l'Académie des Sciences, T. 86, 1878, p. 204-211).

II. *Traduction française du premier mémoire de Ferrier de Londres, sur la physiologie des hémisphères cérébraux.*

(Progrès médical, 1873).

III. *Note sur la physiologie des localisations cérébrales en Allemagne.*

Traduction française et *critique expérimentale* des travaux d'Hitzig, et d'Hermann Munck sur les centres moteurs et sur les centres sensoriels.

(Progrès médical, 1878, 40 pages).

IV. *Etude générale de la localisation dans les centres nerveux.*

(Mémoire couronné par l'Académie des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Caen. — Prix quinquennal de 3.000 francs).

SOMMAIRE.

INTRODUCTION.

De la localisation anatomique.

Première partie. — La localisation dans les centres nerveux est en rapport avec les lois fondamentales de l'anatomie générale.

Elle se révèle dans les différentes phases du développement embryonnaire des animaux supérieurs.

Le plan élémentaire du cerveau et de la moelle est le même dans toutes les classes des animaux supérieurs, à l'état de complet développement.

Localisations anatomiques dans le bulbe et la moelle.

Localisations anatomiques dans les hémisphères et localisations histologiques.

De la localisation physiologique.

Deuxième partie. — *Des localisations médullaires.* — Indépendance relative des fonctions médullaires et des fonctions cérébrales. La moelle est le centre des actes réflexes et des actes défensifs.

A). Centres. — Centres des membres supérieurs et inférieurs. — Centres médullaires de la respiration et de la circulation. — Centre des muscles de l'abdomen. — Centre cilio-spinal. — Centre génito-spinal. — Centre de l'érection. — Centre vésical. — Centres vaso-moteurs et calorifiques.

B). Conducteurs. — Conducteurs excito-moteurs. — Conducteurs sensibles. — Fibres d'association.

II. *Localisations bulbaires.*

A). Centres. — Centres respiratoires. — Centres vaso-moteurs. Centre d'arrêt du cœur. — Centres dilatateurs de la pupille. — Centres de la déglutition, de la phonation, de la mastication. — Centres diabétiques et salivaires.

B). Conducteurs. — Conducteurs psycho-moteurs. — Conducteurs sensibles.

III. *Localisations protubérantielles.*

IV. *Localisations céréballeuses.*

V. Vue *synthétique de l'influence du bulbe et de la moelle* sur les fonctions de l'être.

VI. *Localisations cérébrales.*

A). Théorie par induction : localisation des vibrations psychiques, motrices et sensibles. Transformation des forces.

B). Des grandes voies de transmission.

C). Rôle des couches optiques et des corps striés.

D). Rôle fonctionnel de l'écorce grise.

1° Les premiers expérimentateurs; 2° Découverte des centres moteurs sensibles et sensoriels; 3° Localisation chez les singes; 4° Topographie des centres de l'écorce grise chez l'homme; 5° Résumé.

Des localisations pathologiques.

Troisième Partie. — Influence des troubles produits par les lésions irritatives, par les lésions destructives. — Lésions diffuses et complexes. — De l'action à distance.

I. *Localisations dans la moelle.*

A). Lésions des centres cellulaires de l'axe gris : *Myélites aiguës.*

a). Paralysie infantile; tableau clinique; symptômes localisés; lésions. — *b)* Paralysie spinale de l'adulte. — *c)* Myélite aiguë centrale. — *d)* Myélites transverses.

Myélites chroniques : a) Amyotrophie spinale progressive. — *b)* Amyotrophies spinales dentéropathiques.

B). Lésions systématiques des cordons blancs : *a)* Ataxie locomotrice; explications des douleurs fulgurantes et des troubles des mouvements; — *b)* Sclérose latérale amyotrophique. — *c)* Dégénérescence descendante. — *d)* tabès dorsal spasmodique.

C). Des affections diffuses de la moelle accessoirement localisées.

II. *Localisations dans le bulbe rachidien.*

Lésions ganglionnaires : Paralysie-labio-glosso laryngée. — Lésions du nœud vital. — Paralysies faciales bulbaires. — Propagation des lésions médullaires localisées.

Lésions des fibres blanches : Scléroses ascendantes. — Scléroses descendantes.

Lésions en foyer dans le bulbe : Morts subites.

Lésions traumatiques localisées.

Lésions bulbaires ayant produit des troubles viscéraux.

III. *Localisations pathologiques dans la protubérance* : leur diagnostic. — Paralysies alternes. — Troubles du goût et de l'odorat.

IV. *Localisations pathologiques dans les pédoncules cérébraux* (en dehors des hémisphères).

V. *Localisations pathologiques dans les hémisphères cérébraux.* — Conditions de l'étude. — Toujours lésions en foyer.

A). Substance blanche.

a) De l'hémiplégie d'origine centrale ; sa lésion ; son diagnostic.

b) De l'hémianesthésie d'origine centrale ; sa lésion ; son diagnostic.

De l'hémiopie et des troubles sensoriels dimidiés.

c) De l'hémichorée cérébrale ; lésions ; diagnostic. — De l'athétose.

B). Substance grise. — Ecorce. — Influence des découvertes physiologiques.

a) Localisation dans les lésions destructives : hémiplégies corticales, symptômes et diagnostic. — De l'aphasie. — Hémiplégies incomplètes et monoplégies corticales.

b) Localisations pathologiques ayant déterminé des convulsions. — Secousses localisées. — Spasmes. — Contractures. — Epilepsies partielles et jacksonniennes.

c) Synthèse.

VI. Synthèse générale des localisations pathologiques.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

I. *Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.*

(Thèse inaugurale, Paris, 1878. — 330 pages, 40 figures et XIX planches chromolithographiées).
Médaille d'argent de la Faculté de Paris.

Cet ouvrage tout à fait personnel, et qui a nécessité plusieurs années de recherches, a pour objet d'élucider les causes si obscures des troubles cliniques de la *commotion*, de la *compression* et de la *contusion cérébrales*. Par de très nombreuses recherches expérimentales, faites aux laboratoires de M. Vulpian et des Hôpitaux, on

y établit ; que les violences exercées sur le crâne sont transmises aux centres nerveux par le liquide céphalo-rachidien ; qu'il en résulte un choc du bulbe et de toutes les parties sensitivo-réflexes du mésencéphale ; que cette irritation des parties sensibles provoque des phénomènes vasculaires réflexes, très intenses, capables de rendre compte de la cessation subite des fonctions de l'encéphale (intellect, mobilité, sensibilité). On y étudie également les troubles qui surviennent dans la circulation générale, dans la respiration et la chaleur animale.

Le mécanisme de la commotion cérébrale, tel qu'il a été exposé dans ce travail, a été vérifié et adopté en Allemagne, entre autres, par Gussenbauer, en Angleterre et dans la plupart des Traités classiques, français et étrangers.

Dans ces derniers temps (1894), le docteur Polis, assistant de la clinique chirurgicale de Liège, a repris la question, avec de nouvelles recherches expérimentales. Il a tenté des explications, qui sont en réalité peu différentes des nôtres : il admet « deux causes principales pour la genèse des symptômes de la commotion ; d'une part, l'action de la violence sur les centres nerveux eux-mêmes, de l'autre, l'altération vasculaire amenée par l'action de cette même violence sur les vaisseaux ».

Ainsi, d'après lui, la violence sur les vaisseaux est directe, et il rejette les intermédiaires (liquide céphalo-rachidien et action réflexe des parties sensibles de l'encéphale). Les troubles vasculaires sont le résultat d'une action mécanique directe sur les centres vaso-moteurs et le pneumo-gastrique. En d'autres termes, en donnant un coup sur le crâne, c'est comme si on traumatisait le centre vaso-moteur, et le pneumo-gastrique.

Nous avons admis à peu près cela, mais avec une différence, c'est qu'il y *a un intermédiaire* entre la partie percutante et les centres désignés ; c'est le liquide céphalo-rachidien. Supprimer cet intermédiaire, c'est, d'une part, supprimer un *facteur réel*, et d'autre part, admettre qu'entre la surface du crâne et les centres bulbaires, il n'y a rien, rien que la masse nerveuse dont l'ébranlement suffit. On retombe ainsi dans les anciennes hypothèses d'ébranlement, de vibrations, etc. D'où vient alors, qu'il est impossible, à un expérimentateur, après ablation du crâne, d'obtenir par la percussion directe

de la masse nerveuse, les phénomènes cliniques de la commotion ? Polis rejette aussi l'action réflexe des corps restiformes et des parties sensibles du mésocéphale, pour expliquer l'anémie généralisée. Celle-ci serait un résultat direct de la violence percutante. Selon nous, les faits sont complexes : il y a action directe et action réflexe ; sans cette association, il est tout à fait impossible d'obtenir des résultats aussi complètement généralisés, annihilant les fonctions nerveuses dans toute leur étendue. En résumé, la théorie expérimentale de Polis, qui diffère peu de celle que nous avons établie a un défaut capital : elle est *incomplète*. *Elle supprime sans motifs suffisants deux facteurs importants de la commotion : le choc céphalo-rachidien, et les troubles réflexes, ordinairement si intenses.*

SOMMAIRE.

Chapitre I. *Du choc céphalo-rachidien.*

Comment nous avons découvert le choc céphalo-rachidien.

Esquisse anatomique et physiologique du liquide céphalo-rachidien.

Lésions produites par le choc céphalo-rachidien. — Leur mécanisme.

Lésions des hémisphères à la convexité, à la base ; lésions protubérantielles et bulbaires, périmédullaires.

Des troubles produits par le choc céphalo-rachidien. — Leur physiologie. — Signes des chocs céphalo-rachidiens en général. — Modifications du pouls de la respiration, de la température.

Signes des différentes variétés du choc céphalo-rachidien : chocs antérieurs ou frontaux et brégmatiques ; chocs latéraux ou temporo-pariétaux ; chocs postérieurs ou occipitaux : chocs sur la nuque.

Comparaison des chocs hémorrhagiques et emboliques avec le choc céphalo-rachidien.

Chapitre II. — *De l'influence de l'excès de pression dans l'intérieur du crâne sur les troubles encéphaliques dans les traumatismes cérébraux. Mécanismes des compressions.*

I. De la pression à l'état normal dans la cavité du crâne.

II. Des effets généraux (cérébro-bulbaires), de l'excès de pression à la surface de l'encéphale.

A. Une compression exercée en un point quelconque à la surface

des hémisphères cérébraux, peut produire l'anémie générale des centres nerveux, en y suspendant le cours du sang.

B. Rapport du degré de pression exercée à la surface de l'encéphale avec le développement des troubles généraux ou cérébro-bulbaires.

C. De combien faut-il diminuer la capacité du crâne pour produire des phénomènes d'excès de pression ?

D. De la diminution de la capacité du crâne, probablement nécessaire chez l'homme, pour déterminer des phénomènes de compression.

E. Des phénomènes cérébro-bulbaires produits par l'excès de pression dans la cavité du crâne.

III. Des effets produits par quelques modes particuliers de pression expérimentale.

A. Des pressions intra-ventriculaires.

B. Des pressions extemporannées à la surface des hémisphères, le crâne étant ouvert.

C. De la pression par des esquilles, des fragments d'os enfoncés ; ses effets sur le fonctionnement général du myélencéphale.

D. Des effets de pression déterminés par les épanchements sanguins dans la cavité du crâne.

IV. Des effets *locaux* des pressions à la surface des centres nerveux.

V. Parallèle des troubles physiologiques du choc céphalo-rachidien et des effets de l'excès de pression à la surface des centres nerveux, etc.

VI. Quelques mots d'historique.

Chapitre III. — *Du rôle de la dure-mère et de ses corps dans les traumatismes cérébraux.*

Chapitre IV. — *Du rôle des vaisseaux des méninges dans les traumatismes cérébraux.*

Chapitre V. — *Du rôle des différentes parties de l'encéphale dans les traumatismes cérébraux.*

II. *Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes,*

(Mémoire des archives de médecine, 1879).

Ce travail entrepris, sur les conseils du professeur Verneuil, contient : 1° les applications et déductions de nos recherches anatomiques sur les veines du rectum ; 2° l'application à la clinique des recherches physiologiques de P. Bert et Rosœpelly sur la circulation de la veine-porte ; 3° il permet de se rendre compte des nouvelles méthodes de traitement des hémorrhoïdes, la dilatation anale, et les douches sur la région hépatique.

III. *Sur les rétrécissements du larynx et de la trachée.*

(Arch. gén. de médecine, 1876).

IV. *Sur la laryngite syphilitique.*

(Journal de médecine de Caen, 1877).

V. *Sur la nécrose des cartilages du larynx.*

(Revue de médecine et de chirurgie, 1878).

VI. *Sur ta synovite fibrineuse et ses rapports avec la tumeur blanche.*

(Bull. Soc. anatomique de Paris, 1878. — Avec planches).

VII. *Etudes sur tes lésions pathologiques de la sclérodermie avec atrophie osseuse.*

(These du Dr Lagrange, interne des Hôpitaux, 1876).

VIII. Divers :

1. *Sur une énorme tumeur éléphantiasique des grandes lèvres. — Développement considérable des espaces et vaisseaux lymphatiques. — Examen microscopique.*

(Bull. Soc. anatomique, 1873).

2. *Sur le cysto-sarcome du sein. (Examen histologique).*

(Bull. Soc. anat., 1873).

3. *Sur les lésions vasculaires dans les brûlures. (Gros vaisseaux).*

(Bull. Soc. de Biologie, 1877).

4. *Sur les troubles trophiques consécutifs à des plaies des nerfs.*

(Progrès médical, 1875).

5. *Sur une griffe par atrophie musculaire du membre supérieur consécutive à une lésion du nerf cubital.*

(Revue photographique des hôpitaux, 1872, avec figures photographiques).

Etude très complète au point de vue histologique et clinique.

6. *Sur les sarcômes développés sur les nævi pigmentaires. — (Etude histologique).*

(Archives de Physiologie, 1874, avec planches et dessins histologiques)

7. *Sur la cause de la mort rapide dans les grands traumatismes des membres. Accidents de chemin de fer ou de voiture.*

(Soc. anatomique, 1876).

8. *Note sur un mode de propagation du cancer aux ganglions lymphatiques. — De l'emboie cancéreuse. — Etude histologique.*

(Soc. anatomique, 1876).

9. *Sur l'ostéite du pubis.*

(Soc. anat. 1876).

10. *Sur l'élongation des nerfs.*

(Progrès méd., 1882).

Sur l'ostéotomie.

(Progrès méd., 1882).

Sur la chirurgie d'Hippocrate.

(Progrès méd., 1882).

Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1888. — A. Delahaye et Lecrosnier, 275 pages).

Cette thèse, échue par le sort, est un exposé très complet des recherches modernes sur les anesthésiques. Elle contient le résumé des leçons de Cl. Bernard, des travaux de Vulpian, P. Bert, Franck, Rabuteau, en France ; du *Chloroform Comittée*, de Suow, Kidd, Richardson en Angleterre et en Amérique ; de Nushaum, in *Ptha et Bilroth*, de Kohler, de Koch in Wolksman's Klin. Vortrage, de Herman, de Kappeler, en Allemagne. — Elle détaille l'action des anesthésiques sur les centres nerveux, le cœur, la respiration et sur toutes les fonctions. Un tableau synoptique résume toute cette physiologie.

Les causes de la mort pendant l'anesthésie, sont ensuite analysées avec soin, et des Tableaux synoptiques très étendus, et clairs, résument les 165 cas de morts relatés de 1865 à 1880. Voici le sommaire :

Première partie. — Sources des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. — Considérations générales.

Chapitre Ier. Contre-indications à l'emploi des anesthésiques fournies par l'étude de leurs propriétés physiologiques et de leurs manifestations chez l'homme et les animaux.

Expérimentation.

Effets des anesthésiques chez l'homme.

Contre-indications pendant l'opération.

Chapitre II. Contre-indications à l'anesthésie révélées par l'étude des accidents survenus par l'emploi des agents anesthésiques.

Tableaux des cas de morts par l'anesthésie chloroformique de 1865 à 1880.

Deuxième partie. — Des contre-indications à l'anesthésie relatives à l'état constitutionnel et à la nature de l'opération.

Chapitre I. Contre-indications d'après l'état constitutionnel.

Chapitre II. Contre-indications relatives aux états généraux créés par l'affection chirurgicale.

Chapitre III. Contre-indications relatives au siège et à la nature de l'opération chirurgicale.

I. Opérations dans la zone des nerfs bulbaires.

II. Opérations dans la zone des nerfs spinaux.

III. Opérations qui se pratiquent dans les régions des nerfs splanchniques.

Troisième partie. — Contre-indications relatives à l'agent anesthésique. — Chloroforme, éther, chloral, anesthésie mixte, bromure d'éthyle, bichlorure de méthyle, etc.

Quatrième partie. — Contre-indications à l'anesthésie localisée.

Des variétés rares de la hernie inguinale.

(Thèse d'agrégation (avec planches). — Delahaye et Crosnier, 200 pages).

Monographie très complète des hernies inguinales rares, et parmi celles-ci, des hernies inguinales congénitales. Tous les Traités classiques empruntent aux recherches cliniques contenues dans cette thèse, dont voici d'ailleurs le sommaire, qui en fera comprendre toute l'importance et l'originalité.

Première partie. — Variétés dans la hernie inguinale commune.

Chapitre I. Variétés par le lieu d'irruption.

A). Hernie inguinale directe.

B). Hernie inguinale oblique interne.

C). Hernie par éraillure ou hernie para-inguinales.

Chapitre II. Variétés selon l'organe contenu.

A). Hernie du cœcum et du colon.

B). Hernie de la vossie (cystocèle inguinale).
C). Hernie de l'ovaire.
Chapitre III. Variétés rares par certaines anomalies du sac et de son collet.

DEUXIÈME PARTIE. — Variétés dans les hernies congénitales.
Chapitre I. Considérations générales. Pathogénie des hernies congénitales.
Chapitre II. Hernie inguino-propéritonéale.
Chapitre III. Hernie inguino-intersticielle.
Chapitre IV. Hernies inguinales avec anomalies testiculaires.
Chapitre V. Hernie funiculo-testiculaires.
Chapitre VI. Hernie enkystrée de la vaginale.
Synthèse. — Conclusions.

1885

Sur un cas d'abouchement anormal du rectum dans l'urèthre. Opération d'Amussat. Guérison.

(Congrès de Chirurgie, p. 628).

Grossesse extra-utérine, ou uterus double.

(Journ. des Sciences méd., p. 142).

Hernie inguinale étranglée ; rétrécissement de l'anse intestinale dans le sac.

(Jour. des Sc. méd., p. 145).

Phlegmon du cou. — trachéotomie. — Mort par phlegmasie du pneumo-gastrique

(Journ. des Sc. méd., p. 382).

Sur un cas de transfusion du sang pour anémie aiguë par hémorrhagie, opéré avec succès à l'Hôpital de la Charité.

(Journ. des Sc. méd., p. 823).

1886

Sur une tumeur sarcomateuse d'origine dentaire.

(Journ. des Sc. méd., p. 11).

Sur la Phlébite infectieuse des veines ophtalmiques.

(Mémoire, in Soc. amatomo-clinique et Journ. des Sc. méd., p. 97-105).

Extraction d'une balle de revolver du cerveau.
Emploi de l'appareil Trouvé. Guérison de l'aphasie.

(Journ. des Sc. méd., p. 111).

Sur une exostose ostéo-génique du genou droit. Ablation. Guérison

(Mémoire in Journ. des Sc. méd., p. 441-446).

1887

Sur un prolapsus rectal avec ulcère lupoïde.
Recto-périnéovraphie postérieure.

(Mémoire in Journ. des Sc. médicales, p. 49, 55 et 176).

Dans ce travail l'auteur expose un procédé opératoire personnel pour la cure de certains prolapsus du rectum. C'est la *recto-périnéovraphie* postérieure. Ce procédé sera plus tard signalé par le Professeur Verneuil, qui imagine la *recto-coccypexie*. En 1894, le Docteur Masson, notre élève, expose dans sa thèse sur la Pathogénie et le Traitement du prolapsus du rectum, un second procédé qui nous est personnel, qui s'applique à des prolapsus plus accusés.

Sur les synovites et osteo-arthrites fougueuses du genou.

(Leçon clinique in Journ. des Sc. méd., p. 241-248).

Des synovites purulentes et de leur traitement.

(Leçons cliniques in Journ. des Sc. méd., p. 433, 457, 481).

Variété rare de fracture du radius.

(Journ. des Sc. méd., p. 495.

Hystérectomie abdominale pour myome utérin

(Journ. des Sc. méd., p. 612.

Sur un angiome palatin (avec figures).

(Mém. in Journ. des Sc. méd., 2me Semestre p. 49 et Soc. Anatomo-clinique).

Sur un cas de conservation de l'extrémité inférieure du fémur. — (Fracture en T, avec large ouverture articulaire).

(Mémoire in Journ. des Sc. méd., 2me semestre p. 142-158, avec nombreux graphiques thermométriques).

Sur un épithélioma des fosses nasales.

(In Journ. des Sc. méd., p. 207.)

Leçons cliniques sur la coxalgie.

(In Journ. des Sc. méd., p. 244, 289, 313, 385, 409, 481, 505).

Sommaire : 1re leçon : Histoire et Etiologie.

2e leçon : Anatomie pathologique.

3e et 4e leçons : Symptomatologie. — *A) Première période* : Début ; irritation articulaire et névralgique. — Douleurs irradiées. — Claudication. — Dystrophies musculaires. — *B) Deuxième période* : roideurs articulaires et attitudes vicieuses. — Luxations pathologiques. — Abcès froids.

5[e] leçon : Diagnostic : Paralysies, contractures. — Affections osseuses du voisinage. — Coxalgie du premier âge.

6[e] leçon : Marche. — Terminaisons. — Formes cliniques. — Traitement général.

7[e] leçon : Traitement local : appareils ; méthode de l'extention continue ; sa physiologie.

8[e] leçon : Traitement des abcès et indications de la résection de la hanche.

(In Journ. des Sc. méd., 1888, p. 65).

Tumeurs fantômes de l'abdomen.

(In Journ. des Sc. méd., p. 85)

1888

Opération Letiévant-Estlander chez un enfant de 4 ans.

(Congrès de Chirurgie, p. 645).

Du traitement des reins mobiles par la néphrorraphie.

(Mémoire présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique).

Ce travail contient les premières applications de la néphrorraphie aux reins mobiles, en France. Il est basé sur trois observations cliniques. Après avoir établi les troubles souvent intenses que déterminent les reins déplacés, l'auteur expose la méthode opératoire de néphrorraphie qui lui est propre. On n'y a apporté depuis que des modifications secondaires et de peu d'importance. Il montre qu'on obtient réellement une fixation solide du rein déplacé, et la cessation complète des troubles observés. La néphorraphie est d'ailleurs un moyen de prévenir la production d'hydronéphroses par torsion où flexion de l'uretère, fait qu'on observe souvent dans les déplacements du rein, ainsi que l'ont démontré depuis, le professeur Terrier et son élève Beaudoin, dans un mémoire important de la *Revue de chirurgie*. — La même année, dans une thèse très remar-

quable et récompensée, le Dr Vaneufville, notre interne, entreprend l'étude critique et expérimentale de la néphrorraphie : il montre la solidité des liens ou ligaments fibreux qui se développent autour des fils de suspension du rein. En 1894, sur six de nos malades opérés de néphrorraphie, le Dr Mayolle, dans sa thèse inaugurale, montre les résultats éloignés de la *néphropéxie*.

Voici d'ailleurs le résumé du procédé opératoire employé par nous en 1887.

L'opération de la néphrorraphie comprend les temps suivants :

1er temps : Section de la peau de la région lombaire, de l'aponévrose lombaire et des couches musculaires sous-jacentes.

2e temps : Section de l'aponévrose du transverse, et décollement du bord antérieur du carré des lombes.

3e temps : Incision de la capsule adipeuse du rein.

4e temps : Fixation de la glande, par l'intermédiaire de sa capsule propre, et par les angles de la capsule adipeuse.

5e temps : Drainage de la plaie ; sutures ; pansement de Lister.

1er temps. — Incision lombaire. La malade est placée dans la position latéro-abdominale, un coussin sous le côté opposé, pour rendre saillante la région où l'on va opérer.

On palpe la masse sacro-lombaire de manière à la bien reconnaître, à la vue et au toucher ; puis on fait une incision, selon le sillon, qui la limite en dehors. Cette incision commence à deux ou trois travers de doigt au-dessus du bord inférieur de la dernière fausse côte, et descend au delà de la crête iliaque. On coupe la peau, le tissu adipeux ordinairement assez abondant, puis, en haut, les fibres inférieures du grand dorsal, en bas celles du grand fessier, et, dans leur intervalle, l'aponévrose. — Il faut donner à l'incision cette étendue, afin d'avoir du jour lorsqu'on opère profondément. Chez une de nos malades l'épaisseur du tissu adipeux était de 7 à 8 centimètres, et l'incision mesurait 30 centimètres. Fréquemment, on rencontre quelques branches des artères lombaires, dont on pratique la ligature.

2e temps. — On tombe alors sur une toile plutôt celluleuse qu'aponévrotique, qui n'est autre que l'aponévrose profonde du

transverse ; on la coupe doucement, ou on la déchire avec le bec de la sonde cannelée. On aperçoit les faisceaux du bord externe du muscle carré des lombes ; par le toucher on reconnaît ce bord, et on le décolle légèrement avec le doigt.

3e temps. — Maintenant, il faut rechercher le rein qui, selon le degré du déplacement, est plus ou moins éloigné. Avec la main appliquée à plat sous les fausses côtes, on déprime la paroi antéro-latérale de l'abdomen, de manière à repousser le rein vers la plaie. En même temps, à l'aide de l'index de l'autre main, on touche le rein ; on en reconnaît les contours, son bord convexe, ses deux faces, ses deux pôles.

Si l'on estime qu'il ne peut être assez découvert vers son extrémité supérieure, on pratique la résection sous-périostée de la douzième côte, ainsi que nous l'avons fait chez nos deux malades. Cette résection facilite beaucoup les manœuvres.

Le rein étant reconnu, on pratique une incision cruciale sur sa capsule adipeuse, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment. On décolle, avec le doigt, les quatre lambeaux angulaires de la capsule, dans l'étendue convenable.

4e temps. — L'hémostase établie et les ligatures faites, on s'assure une dernière fois, par la vue et le toucher, que le rein *est sain*, puis, on procède à sa fixation.

Il convient, selon nous, de fixer le rein, et par sa capsule propre et par sa capsule adipeuse.

La fixation par la capsule adipeuse permettra seule la formation d'un *ligament cicatriciel* ; mais la fixation de la capsule propre sert comme moyen d'attente : elle soutient mieux le rein, elle empêche les fils de déchirer la capsule adipeuse.

Nous avons pu, sans inconvénient, chez nos deux malades, passer, à l'aide d'aiguilles courbes, cinq ou six fils de soie à travers la capsule propre du rein, et aussi un peu dans la substance corticale. Nous faisions ensuite pénétrer les fils dans le périoste de la onzième côte, ou à travers les parties profondes de l'extrémité supérieure de la plaie. Le rein apparaît ainsi, comme soutenu par de petits cordages.

Dans chaque angle de la capsule adipeuse nous plaçons dix à douze fils de soie, qui vont ensuite traverser les muscles et les

parties profondes de la plaie, en divers points de sa périphérie, surtout dans la région supérieure. Aucun de ces fils n'est fixé à la peau.

Une portion très notable do la capsule adipeuse se trouve ainsi *comprise entre les lèvres de la plaie et se soude à cette dernière.*

5e *temps.* — Après avoir placé un drain de petit calibre presque au contact du rein, descendant jusqu'à l'angle inférieur de la plaie, on en place un second plus volumineux, en arrière de lui, entre la capsule adipeuse et les téguments. On fait enfin dix à vingt points de suture séparés, au fil d'argent, dans toute l'étendue de la plaie lombaire. On termine en appliquant le pansement : une couche de ouate et une large bande de flanelle, de manière à exercer une compression douce et uniforme.

De la cypho-scoliose hystérique. (Déformation de la région lombaire de nature neuro-musculaire).

(Mémoire avec planches photographiques, in Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1888, p. 192).

Cancer utérin et hystérectomie vaginale.

(Le Journ. des Sc. méd., p. 10).

Hypertrophie de la muqueuse nasale.

(Duret et Lavrand, in Journ. de Sc. méd., p. 106).

Tumeur de la région inguinale. (Epithélioma primitif).

(par Duret et Augier, in Journ. de Sc. méd., p. 372).

Dent en ectopie dans l'épaisseur du maxillaire inférieur.

(In. Journ. des Sc. méd., p. 389).

Suicide par coup de revolver tiré dans la bouche. — Mort rapide. — Autopsie. — Blessure directe de la protubérance et du bulbe.

(Duret et Delassus. Journ. des Sc. méd., p. 409).

Sur une forme particulière de la pelvi-péritonite. (Collection de pus dans le Dougles guéri par la ponction).

(Journ. des Sc. méd., p. 553-578 et Soc. des Sc. méd., p. 49 et 73).

Sur un cas de kyste dermoïde de l'ovaire à développement insolite.

(Duret et Voituriez. In. Journ. des Sc. méd., p. 409-417).

Pathogénie et traitement du genu Valgum.

(Leçon clinique in Semaine médicale, Août 1888).

1889

Laparotomie dans l'étranglement interne.

(Congrès de Chirurgie, p. 665).

Dans le cas cité, la guérison a été obtenue. Heureuse influence des lavages de l'estomac.

Sur deux cas de kystes du corps thyroïde. Examen microscopique.

(Duret et Toison. Journ. des Sc. méd., p. 169 et 195).

Sur les causes d'irréductibilité dans les luxations de l'épaule.

(Leçon clinique Journ. des Sc. méd., p. 265).

Etranglement interne causé par le mésentère d'un diverticulum de Meckel. — Laparotomie, avec figures.

(Journ. des Sc. méd., p. 505 et soc. des Sc. méd., p. 56).

Note sur le caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et de son traitement.

(Congrès de la tuberculose 1888).

Des hernies inguinales congénitales.

(Leçons cliniques, in. Journ. des Sc. méd., p. 529 et 553 avec figures).

Pelvi-péritonites et pyosalpyngites.

(Leçons cliniques, in. Journ. des Sc. méd., 2e Semestre, p. 49 et 81).

De l'asepsie et de l'antisepsie préalables dans la chirurgie utérine.

(Leçon clin., in. Journ. des Sc. méd., 2e Semestre, p. 241).

Deux cas d'épithelioma du pénis.— Considérations sur le pronostic et le traitement. — Modifications aux procédés de Demarquey et Guyon pour l'amputation du pénis.

(Mémoire de Duret et Lancial, in Journ. des Sc. méd., 2e Semestre, p. 60-99, avec figure).

Corps fibreux interstitiel situé dans la paroi postérieure de la matrice. — Extraction par les voies naturelles. — Guérison.

(In Journ. des Sc. méd., p. 179).

Sur un cas de pied bot varus equin osseux traité avec succès par la résection cunéiforme.

(Soc. de Chirurgie).

1890

Sur un cas d'aphasie traumatique traité par la trépanation.

(Congrès de Chirurgie, p. 94).

La question mise à l'ordre du jour du Congrès était la trépanation cranienne. Dans le cas relaté par l'auteur, il s'agissait d'un énorme épanchement sanguin, intra-arachnoïdien, comprimant l'hémisphère gauche et la 3e circonvolution. Le crâne fut ouvert au ciseau, par la méthode du lambeau ostéo-cutané ; environ trois cuillerées à bouche de sang coagulé furent extraites. L'aphasie et la paralysie du côté opposé disparurent. Un mois après le malade était complètement guéri et circulait au dehors, lorsqu'il succomba à une congestion méningée causée par un excès de boisson. L'autopsie du cerveau est relatée au complet.

Relations pathologiques de la pelvi-péritonite et des pyo-salpyngites.

(Journ. des Sc. méd., p. 219 et 241).

Au moment où on commençait à s'occuper des salpyngites et de leur traitement opératoire, ce travail a pour but de montrer que souvent l'incendie inflammatoire parti de la trompe envahit le péritoine et les viscères voisins. Il en résulte des difficultés opératoires spéciales sur lesquelles l'auteur insiste avec juste raison. Les adhérences nombreuses des anses intestinales exposent à leur déchirure. C'est pour les éviter qu'on a utilisé, quelques années plus tard, l'opération de l'hystérectomie vaginale. Les théories anciennes de Bernutz sur les relations de l'ovaro-salpyngite et de la pelvi-péritonite reçoivent confirmation. Le mémoire se termine d'ailleurs par deux interventions suivies de guérison, dans ces cas compliqués, qui rendent les laparotomies si difficiles et si dangereuses.

Des cystites douloureuses rebelles.

(Leçon clinique, in Journ. des Sc. méd., p. 433).

Hématométrie et hématocolpos chez une jeune fille de 17 ans.

(Bull. Soc. des Sc. méd. p. 51).

Taille hypogastrique et suture primitive de la vessie chez les enfants.

(Journ des Sc. méd., p. 505)

Ce court mémoire est un des premiers consacrés à la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique.

De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

(In Journ. des Sc. méd. p. 577 et 604).

Il s'agit d'un travail très intéressant du Dr Voituriez, notre chef de clinique, à propos d'un cas très remarquable avec gangrène du kyste. M. Voituriez, à cette occasion, étudie les causes, les symptômes de la torsion du pédicule des kystes ovariens, question encore peu connue, et qui avait été l'objet d'un bon mémoire de Chalot de Montpellier, et d'une communication de Terrillon au Congrès de Chirurgie.

Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins.

(Journ. des Sc. méd., p. 145, 169 et 199, avec figures).

Il s'agit d'un travail très intéressant, et important à l'époque où il a été publié, sur le rôle du pédicule dans les insuccès observés après les hystérectomies abdominales pour fibromes. La question des fibromes utérins au point de vue opératoire, commençait à renaître à la suite des communications de Terrillon à la Société de Chirurgie. M. Duret fait l'historique de la question, et examine successivement: 1° la méthode intra-péritonéale; 2° les méthodes mixtes, et 3° la méthode extra-péritonéale. Il établit les statistiques et fait la

critique des trois méthodes. Il rapporte, en outre, trois opérations d'hystérectomies, dans des cas compliqués, faites par lui en 1889. Des schémas montrent la disposition des fibromes. A cette date l'hystérectomie pour fibromes était faite avec plus de réserves que dans les temps plus récents.

Sur le cancer du sein.

1. Variétés et origines ; II. Des causes de récidives du cancer du sein et de la méthode opératoire qu'il convient d'employer pour les éviter.

(Leçons cliniques, in Journ. des Sc. méd., p. 529, 553, 2e semestre).

Ces leçons ont eu pour objet de synthétiser les recherches récentes sur ce sujet, d'adapter à l'aide d'exemples, les faits cliniques, aux recherches histologiques modernes, en particulier sur les relations de l'épithélioma et des carcinomes. Elles font connaître également les travaux de Heindenhain sur les causes de récidive du cancer du sein. Elle se termine par la description des procédés opératoires à suivre pour les mieux éviter.

Sur un kyste séreux du mésentère, traité par l'extirpation suivie de guérison.

(Mémoire par Duret et Lancial, in Journ. des Sc. méd., p. 577 à 588, 2me semestre).

Cette étude sur une question encore neuve, et sur une nature de kystes assez rare, et souvent confondus avec les kystes de l'ovaire, est digne d'intérêt, d'autant qu'un fait clinique nouveau avec intervention heureuse est rapporté. Les auteurs discutent le diagnostic avec les kystes ovariens, font l'historique de la question, et concluent ainsi au point de vue opératoire :

« La ponction capillaire est dangereuse : faite à travers la paroi abdominale, elle expose à la perforation de l'intestin. La récidive est à craindre.

« La laparotomie suivie de réaction partielle de la poche, et de fixation de celle-ci à la plaie abdominale a donné des succès.

D'après Augagneur, sur quatre kystes traités par l'ouverture et le drainage, il y eut deux guérisons, une mort, une récidive. Il faut y joindre deux cas de guérison, ceux de Coppens et de Terrillon. Cependant, dans ces derniers faits. la fermeture complète de la fistule a été longue à obtenir : la malade de Coppens opérée par Folet, le 19 août 1887, avait encore un trajet fistuleux le 18 novembre. Celle de Terrillon, opérée en décembre 1887, n'était complètement guérie qu'en septembre 1888. Cependant cette opération constitue évidemment la méthode de choix, toutes les fois que l'extirpation est reconnue impossible ou dangereuse.

» Sur huit cas traités par l'ablation, on trouve, toujours d'après Augagneur, quatre morts, quatre guérisons. Le nôtre est le cinquième. Reconnaissons toutefois que les faits recueillis par Augagneur, remontent pour la plupart à une période, où la chirurgie abdominale n'avait pas fait tous les progrès qui existent aujourd'hui....... »

Sur nos conseils, en 1890-91, le Dr Delmez, consacre sa thèse inaugurale, à l'étude d'ensemble des *kystes du mésentère* et à leur traitement. Ce travail est récompensé d'une mention supérieure à la Faculté de Paris.

Tuberculose linguale par infection secondaire.

(Toison et Duret, Soc. anat. clin., p. 411 à 417).

Leçons de clinique chirurgicale.

1er Fascicule 90 pages (Lille, au bureau du Journal des Sciences médicales).

Sommaire : I. Cause d'irréductibilité dans les luxations de l'épaule.

II. De la résertion précoce dans l'ostéo-myelite aiguë des adolescents.

III. Etranglement interne causé par le mésentère d'un diverticulum en doigt de gant de l'intestin grêle. La parotomie.

IV. Des hernies inguinales congénitales. — Types communs. — Variétés rares.

V. Pelvi-péritonites et pyo-salpyngites.

VI. Corps fibreux interstitiel situé dans la paroi postérieure de la matrice. — Extraction par les voies naturelles. Guérison. —

VII. De l'asepsie et de l'antisepsie préalables dans la Chirurgie utérine.

VIII. Relations pathologiques de la pelvi-péritonite et de la pyo-salpyngite.

1891

Polype fibreux meso-pharyngien chez un garçon de 14 ans. Résection du maxillaire supérieur. Extirpation, grave hémorrhagie capillaire au cours de l'opération. Guérison.

(Duret et Lancial, in Journ. des Sciences médicales, p. 25).

Traitement opératoire de l'incontinence rebelle de l'urine chez la femme.

(In Journ. des Sc. médic., p. 82, et thèse de A. Pépin, Bordeaux, 1893, p. 70).

« M. Duret a modifié de la manière suivante, le procédé de Pawlik. Il circonscrit le canal uréthral par une incision circulaire. Puis, il fait une seconde incision de même forme à un cent. ou un cent. et demi en dehors de la première. La zone de muqueuse comprise entre les deux incisions est extirpée. Dès lors le canal est libre au milieu de la plaie. L'urèthre est disséqué sur une hauteur de deux centimètres. Au moyen de fils de Catgut placés aux angles et dans l'intervalle, le canal est fixé au-dessous du pubis. L'urèthre ainsi remonté forme une fente transversale, logée sous le pubis et presque en contact avec le clitoris.

» Comme résultat de cette opération, on obtient un allongement de la paroi postérieure de l'urèthre et ce canal décrit une courbe à concavité postérieure. Il est probable que le sphincter se trouve remplacé par une bande cicatricielle qui redresse la courbe et suffit pour empêcher l'élimination des urines. Dans les deux cas cités, le résultat fonctionnel a été satisfaisant ».

Dans ces formes d'incontinence, le canal restant toujours béant, n'oppose plus un obstacle suffisant à l'écoulement de l'urine en dehors des mictions. Cet état est lié non à une paralysie du sphincter par lésion du système nerveux, mais à un altération propre des parois de l'urèthre. Pousson, dans les *Archives cliniques* de Bordeaux, 1892, et le Dr A. Pépin, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1893), ont fait depuis une étude complète de la question.

Sur les hernies du cœcum.

(Mémoire in Journ. des Sc. méd., p. 193 et 200).

Après avoir fait connaître les études cliniques de Scarpa et celles plus récentes de Tuffier sur les dispositions anatomiques variées du cœcum, l'auteur expose la méthode opératoire qui leur convient. Il insiste sur le rôle que joue, pour empêcher leur réduction, l'adhérence charnue naturelle de Scarpa, l'absence du sac, ou le sac incomplet .Pour obtenir la réintégration complète du gros intestin dans l'abdomen, il est nécessaire de recourir, dans la plupart des cas, à une véritable *hernio-laparotomie*. Il cite un exemple remarquable où cette intervention a été suivie de succès. En 1892, son chef de clinique, le Dr Van Heuwerswyn consacre dans le même journal, un second article à ce sujet intéressant. Enfin en 1896, le docteur Reynier fait un remarquable rapport sur ces hernies à la Société de Chirurgie.

Sur l'opération de Kraske. Modifications opératoires. Cas cliniques.

(in Journ. des Sc. méd., pag. 248).

Parmi les faits rapportés par l'auteur, il en est un très remarquable, où la tumeur s'accompagnait d'une invagination très accusée de la partie supérieure du rectum, dans l'ampoule rectale. Celle-ci fut d'abord ouverte verticalement : c'est par la fente ainsi obtenue qu'on pratiqua la résection de l'intestin. A cette époque la pratique de cette opération était encore peu répandue.

La trépanation au Congrès de chirurgie.

(In Journal des Sciences médicales, p. 325 et 380).

Des laparocèles ou hernies latérales de l'abdomen.

(Leçon clin. in. Journ. des Sc. méd., p. 529).

Etude génerale de cette forme si spéciale des hernies, mise au point, et relation d'un cas spécial: hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau d'un phlegmon du ligament large gauche. — Cure radicale; guérison.

Hématocèle vaginale et excision.

(Mémoire in Journ. des Sc. méd., 2e semestre, p. 49).

Ayant eu à traiter une hématocèle de volume moyen et n'étant pas de date ancienne, l'auteur essaye vainement d'avoir recours à la décortication, procédé prôné par beaucoup d'auteurs, et qui a l'avantage de conserver le testicule, lorsque celui-ci n'est pas atrophié.

L'organe lui paraissant bon à conserver, à l'aide des ciseaux il disséqua la poche par sa face externe: en haut et en arrière il libéra attentivement les éléments du cordon jusqu'au voisinage de la tête de l'épididyme; puis il excisa la poche au ras de la tête de l'épididyme et du testicule. La guérison eut lieu sans incidents. Presque tous les auteurs, Reclus, Terrillon et Monod, étaient cependant défavorables à la méthode de l'excision. Seul M. Le Dentu, dans une leçon clinique publiée dans la *Gaz. des Hôp.* le 2 juillet 1891, a fait cette opération avec succès. C'est le 29 juin de la même année que nous avons opéré notre malade.

Méthode sclérogène et tuberculose.

(Bulletin in Journ. des Sc. méd., p. 83, 2e semestre).

De l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. (Amputation intra-scapulo thoracique).

Etude bibliographique du livre du Docteur Berges, (in Journ. des Sc. méd., p. 162,2e semestre).

Sur un cas d'enstrophie de la vessie, traité par la suture marginale.

Mémoire communiqué à la Société de chirurgie en 1889, et Journ. des Sciences médicales, 2e semestre, 1891, p. 241 et 2659. 16 pages.

Dans le mois de mai 1887, nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter un cas particulier d'enstrophie vésicale, qui, bien que la hernie du viscère fût complète, nous permit d'employer une méthode peu connue et parfaitement rationnelle, qui pourra sans doute être généralisée et utilisée dans des circonstances semblables. Notre opération a consisté dans une réfection complète de la cavité vésicale et du canal de l'urèthre. Nous avons été conduit à tenter cette restauration, par la disposition particulière de la brèche des parois abdominales, et aussi par une idée théorique que nous devons faire connaître en quelques mots.

« La plupart des auteurs qui décrivent l'exstrophie, indiquent que c'est la paroi postérieure de la vessie, qui vient faire hernie à travers la perte de substance, qu'elle est saillante, qu'elle bombe au dehors, surtout sous l'influence des efforts abdominaux, et forme une saillie rouge, tomenteuse, dont ils comparent le volume à une mandarine, à une pomme, etc.

» Dans beaucoup de cas, selon nous, ainsi qu'il est possible de s'en convaincre par la lecture des observations, c'est la cavité vésicale *tout entière*, mais la cavité *éversée*, retournée sur elle-même de manière à présenter sa face muqueuse, qui vient ainsi faire hernie. Sans doute, la vessie, frappée d'arrêt de développement, comme toute la région circonvoisine, est loin d'avoir le volume normal qu'elle devrait présenter à l'âge du sujet observé : elle est petite, *infantile*, en quelque sorte. Mais il y a une cavité de forme régulière : ce dont on peut se convaincre en réduisant l'éversion.

» De là, à entreprendre la réfection de la cavité existante, il n'y a qu'un pas : il suffit de détacher les bords adhérents de la vessie, du pourtour de la fente abdominale, et de les suturer l'un à l'autre ; par dessus la cavité vésicale ainsi reconstituée, on fermera par autoplastie, par glissement, la brèche abdominale.

» C'est ce que nous avons entrepris avec succès dans l'observation que nous avons l'honneur de communiquer à la Société de Chirurgie.» Suivent la description du cas pathologique, du procédé opératoire employé, de ses résultats, et une revue critique des méthodes opératoires diverses dans l'exstrophie vésicale. Il est évident que le procédé de réfection, de conservation de l'organe, *quand il est applicable*, est infiniment préférable aux diverses méthodes d'excision.

Etude anatomique d'un prolapsus du rectum.

(Duret et Vallin, in Journ. Sc. méd. 1891., 2e Semestre, p. 313 et 337, 42 pages).

Dans ce mémoire les auteurs relatent minutieusement les résultats d'une dissection très complète, après autopsie d'un prolapsus rectal, chez un vieillard de 60 ans, mort d'une affection des voies urinaires. Ils y étudient la disposition de la muqueuse, du péritoine, des vaisseaux, des fibres musculaires longitudinales et circulaires, de l'anus, du sphincter, et de tout le plancher périnéal. De ces recherches anatomiques ils tirent un certain nombre de conclusions au point de vue de la cure opératoire du prolapsus.

« L'opération pour la cure du prolapsus devra donc avoir pour but : 1° de réintégrer la muqueuse de l'ampoule et au besoin d'en réséquer une portion puisqu'elle est trop grande ; 2° de refaire le périnée, et un périnée solide, comme on s'efforce de le faire dans la chute de l'utérus; 3° Pour maintenir les choses en place d'une façon définitive, créer artificiellement un ligament suspenseur de l'ampoule rectale ; attacher ce ligament à une pièce fixe, comme le sacrum, sera d'une utilité incontestable ».

De là les procédés de recto-périnéorraphie de M. Duret, de rectopexie postérieur de M. Verneuil, et enfin le procédé du rectorraphie,

indiqué dans la thèse de notre élève le Dr Masson, par l'auteur, et mis en œuvre avec un succès complet et définitif. (Masson, thèse de Paris, 1894).

1892

Sur un cas de sclérose avec calcul de la vésicule biliaire suivi de cholecystotomie avec lithotrithie du calcul. Guérison

(Congrès de Chirurgie, 1892, p. 84).

Ce mémoire a été communiqué à l'occasion de la question mise à l'ordre du jour par le Congrès de Chirurgie : « la chirurgie des voies biliaires ». A cette époque, cette étude était à son aurore, grâce aux opérations heureuses et aux travaux du professeur Terrier. Cette forme de cholecystite chronique avec rétraction et durcissement de la vésicule sur les calculs était alors peu connue : on avait traité plutôt des cas de dilatations au réservoir biliaire. La sclérose avec rétraction constitue cependant une affection douloureuse, très sensible, et rebelle, qui altère la santé des malades d'une manière sérieuse et nécessite l'intervention chirurgicale au même titre que les autres altérations médicalement incurables de la vésicule. L'auteur en a observé trois autres cas : et, en raison de ces faits, a inspiré à un de ses internes, le Dr Souville, une thèse inaugurale très appréciée : *cholecystite scléreuse d'origine calculeuse* et *péri-cholecystite par le Dr Souville* (Th. Paris, 1895).

Des suppurations pelviennes.

(Congrès de Gynécologie, Bruxelles, 1892).

Des tumeurs végétantes de l'ovaire.

(Congrès international de Gynécologie, Bruxelles, 1892).

Etude monographique importante d'une variété de tumeurs ovariennes, qu'on a confondues souvent avec le cancer épithélial des ovaires, et qui présente une évolution parfois bien différente. Nous insistons sur les caractères cliniques et histologiques de ces

productions, sur l'absence de récidive dans quelques cas, malheureusement rares : un certain nombre de symptômes cliniques sont propres à ces néoplasies, et le diagnostic on est souvent possible. L'auteur cite plusieurs faits à l'appui de ses recherches.

« Les *tumeurs végétantes* des ovaires, proprement dites, ne comprennent pour nous que deux variétés anatomiques : des *épithéliômes* et des *papillômes*.

a). Dans les végétations *épithéliomateuses* on trouve, au microscope, une charpente de nature conjonctive, limitant des alvéoles arrondies ou elliptiques, et remplies de masses épithéliales à cellules *métatypiques* ou *atypiques*. Ce sont de véritables cancers définitivement constitués, ou en voie de formation.

b). Les tumeurs végétantes *papillomateuses* ont une structure plus régulière, quoique leur aspect extérieur ne diffère guère, à l'*œil nu*, des productions précédentes. Les végétations qui les constituent sont molles, grisâtres, d'aspect encéphaloïde ; elles sont arborescentes assez régulièrement. Toutes sont constituées par une charpente ou *axe* de nature conjonctive pourvu d'un vaisseau au centre, et par un revêtement épithélial, ayant une disposition régulière, ordinairement formé d'une couche de cellules cylindriques ou caliciformes.

« Les *caractères cliniques* des tumeurs végétantes des ovaires se groupent sous trois *symptômes* principaux :

1° L'*ascite* avec ses caractères spéciaux ;

2° La *sensation* que fournissent au palper les masses végétantes ;

3° Les *modes* particuliers de leur évolution ».

Sur nos conseils, la question a d'ailleurs été reprise par le Docteur Wacquez, notre interne, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1892).

Equinisme et luxation fémorale par lésions médullaires congénitales.

(Leçon clinique, in Journ. des Sc. médicales, p. 1).

De la diplopie mono-oculaire comme symptôme cérébral.

(Acad. de méd., oct. 1891 et Journal des Sc. méd., 1892, p. 25. Duret et Dujardin).

Il est des circonstances où, sans aucune perturbation appréciable des milieux de l'œil, on voit la vision double se manifester, dans le regard d'un seul œil. Les ophtalmologistes, qui ont signalé ce trouble, lui attribuent une cause cérébrale ou tout au moins nerveuse. Ils sont d'ailleurs très peu nombreux : en Angleterre, James Adams, en 1882, on relate un cas à la Société ophtalmologique de Londres ; à la même réunion Ord et Nestleschip en rapportent aussi trois observations. Il faut citer encore : le Dr Fontan de Brest (Soc. opht. Française 1885). En Amérique R. Tilley de Chicago (Amer. Journ. 1888) ; enfin, dans le journal de Galezowski, le Dr Brunswig du Havre. Dans tous ces cas, il a été impossible de découvrir une altération suffisante des milieux de l'œil : le trouble a été attribué à un désordre cérébral, et parfois la lésion a été vérifiée à l'autopsie. Dans notre observation, le malade a vu survenir sa diplopie mono-oculaire, à la suite d'un choc violent sur le crâne, ayant produit une commotion cérébrale. A cette occasion, nous cherchons, dans notre travail à interpréter physiologiquement ce phénomène d'origine centrale, à l'aide des données modernes sur la localisation corticale des centres visuels. Les rares observations connues de diplopie mono-oculaire d'origine cérébrale, sont d'ailleurs analysées et commentées, dans ce mémoire, dont voici les conclusions :

On peut admettre qu'il y a trois variétés de *diplopie-mono oculaire*.

1° La diplopie par lésions de l'organe visuel (troubles de la réfraction, de l'accommodation etc.) ;

2° La diplopie hystérique.

3° La diplopie par lésion cérébrale traumatique ou spontanée.

Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins.

(Journal des Sc. méd., p. 241, 265, 289).

Ce mémoire reprend, à nouveau, l'étude des indications et des résultats des méthodes extra-peritonéales et intra-péritonéales des hystérectomies abdominales pour fibromes utérins. Il comprend une étude statistique des résultats des meilleurs opérateurs, de leurs opinions, et des considérations critiques sur les deux méthodes. On insiste sur la *sûreté des résultats* obtenus par le pédicule externe,

sur les soins à donner au moignon après l'opération. On réfute enfin les objections faites un peu hâtivement à la méthode, telles que la difficulté d'amener le pédicule au dehors, de l'isoler à sa base de la cavité péritonéale, la longue durée dû traitement, et les complications signalées au niveau du pédiculo, suppurations, décollements. etc., Avec des soins, on peut éviter tous ces inconvénients, comme le prouvent les six observations personnelles, relatées dans le cours du travail. A cette époque, on n'avait pas encore réalisé tous les progrès opératoires, qu'on constate aujourd'hui.

De l'hystérectomie vaginale pour cancer utérin.

(Leçons cliniques. Journal des Sc. méd., p. 553).

Il s'agit surtout des indications opératoires dans le cancer utérin, et des procédés d'hémostase.

Quels sont les motifs d'agir, les conditions nécessaires pour l'intervention, et les réserves qu'il faut faire dans certains cas ? L'auteur n'emploie que les ligatures comme moyen d'hémostase.

Causes et diagnostic des épanchements sanguins intra-crâniens.

(Leçon clinique, in Journ. des Sc. méd., 2e Sem., p. 193 et 247).

Ces leçons contiennent une étude originale des épanchements sanguins intra-crâniens, au point de vue clinique, basée sur des observations personnelles. En voici les principales conclusions :

Les épanchements sanguins sus-duremériens forment des groupes spéciaux à symptômes cliniques distincts :

« 1° Dans un premier groupe d'épanchements, bien étudiés par G. Marchant, L. Duplay et d'autres auteurs, il y a du stertor, de l'hémiplégie et une ecchymose dans la région mastoïdienne : (*Hémiplégie par compression avec ou sans aphasie*).

La partie du cerveau intéressée dans son fonctionnement, par le caillot hémorrhagique, est surtout la *zone motrice* des membres, la partie moyenne et supérieure des deux circonvolutions verticales des hémisphères (*frontale et pariétale descendantes*).

2° Le deuxième groupe est caractérisé par l'*aphasie*, sans troubles intellectuels, quelquefois par de la paralysie faciale, et une ecchymose dans la région temporale antérieure. La *troisième circonvolution frontale* ou centre du langage est comprimée ainsi que *la partie postérieure de la deuxième*. Ce type existait dans nos deux observations communiquées au Congrès de Chirurgie en 1891.

3° Enfin, dans le troisième groupe, dans lequel rentre notre cas, les parties cérébrales comprimées sont *les extrémités postérieures* des hémisphères ; les troubles moteurs sont peu accentués ; il existe de l'hémiparésie plutôt que de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie, et les *centres moteurs du langage et de la face sont épargnés*. On sait que les régions postérieures correspondent à la *zone latente* des hémisphères. L'ecchymose crânienne occupe la région sous-occipitale et la nuque.

4° Des vomissements incessants, de l'incoordination et de l'ataxie intellectuelle et motrice, permettent de supposer que le cervelet a été quelque peu inondé par l'évasement sanguin.

Notons ce fait important au point de vue de l'intervention chirurgicale, que la source de l'hemorrhagie est en rapport avec la *situation topographique* de l'épanchement : la déchirure de la méningée à son origine et sa sortie du trou grand rond répond aux épanchements antérieurs (*avec ou sans aphasie*). Dans les épanchements moyens (*avec hémiplégie caractérisée*) la plaie artérielle intéresse les branches de la méningée, dans la région temporale moyenne ; les branches postérieures ou le sinus latéral sont surtout intéressés dans les épanchements postérieurs.

On comprend tout le prix de ces indications cliniques pour le chirurgien, qui se dispose à ouvrir le crâne, à évacuer le sang, et à lier le vaisseau blessé ».

Voir aussi la thèse de notre élève le Dr Lelandais : *Des épanchements sanguins intra-crâniens* (Variété sus-duremérienne, Paris. 1872).

Sur les tumeurs de la vessie.

(Etude critique, in Journ. des Sc. méd., 2e Sem., p. 245-268).

1893

Traitement chirurgical des gros fibrômes utérins par l'hystérectomie abdominale.

(Congrès de Chirurgie, p. 95, 16 pages).

Le traitement des fibrômes utérins était la question proposée à l'ordre du jour dans la 7e session du Congrès. L'auteur reprend la suite de ses études sur le traitement opératoire des fibrômes, qui l'avait occupé dans deux mémoires précédents et déja signalés. Il a en vue dans ce nouveau travail : « les *gros fibrômes*, ceux dont le volume est considérable, qui remplissent en grande partie la cavité abdominale et souvent le bassin, dont le poids s'élève à 8, 10, 15,20 kilogrammes, et dont le pédicule dépasse le volume du poignet, et atteint parfois celui du bras, de la jambe, ou d'une cuisse d'adulte.

Cette classe de fibrômes mérite une étude particulière : 1° parce que leur masse cause des troubles fonctionnels graves : œdème de la paroi, des membres inférieurs, troubles cardiaques, dyspnée, anémie profonde par compression des organes digestifs, par hémorrhagies profuses, etc. ; 2° Parce que leur volume, leur enclavement dans le bassin, leur pénétration sous le péritoine, leur énorme pédicule, leurs vaisseaux gigantesques, etc... créent des difficultés opératoires spéciales...

« Les opérations d'hystérectomies pour les gros fibrômes sont redoutables, effrayants même : l'action chirurgicale, dans ces cas, nécessite une description spéciale.

» Malgré les difficultés et les dangers, le succès peut venir récompenser le chirurgien de sa peine et de ses fatigues. Mais le salut des malades ne s'obtient que *par une bonne technique*. Les observations que nous rapporterons permettent de l'établir. — L'auteur cite trois cas remarquables :

1° Enorme fibrôme pesant 19 kilogrammes, remplissant tout l'abdomen qui mesure 1 mètre 55 de circonférence. Pédicule du volume de la cuisse. Hystérectomie abdominale avec pédicule externe. Guérison.

2° Hémorrhagies profuses, anémie profonde. Hystérectomie abdominale pour fibrôme volumineux. — Double congestion pulmonaire. — Hernie des intestins à l'extérieur au 9e jour. — Albuminurie. — Anémie grave. — Ictère. — Guérison.

3° Hystérectomie pour fibrôme de 12 kilogrammes inclus dans le tissu cellulaire pelvien. — Décortication. — Guérison ». (Avec figures).

Conclusions :

1° Pour le traitement des gros fibrômes utérins, la méthode d'hystérectomie abdominale avec pédicule externe est la méthode de choix.

2° Elle est en même temps la plus sûre : car elle n'expose pas les malades, et, elle a permis de réussir dans les cas les plus compliqués.

Sur la pathogénie du Genu Valgum.

(Leçon clinique, in Journ. des Sc. médicales, p. 97).

Etude avec figures sur les diverses formes et les causes de la déviation du genou dont voici la conclusion sommaire : « En résumé le Genu Valgum est causé d'abord par un trouble dans le statique, par un défaut d'accommodation des forces musculaires et ligamenteuses qui avoisinent le genou : puis, par un trouble de nutrition et de développement des cartilages de conjugaison, qui entraîne un atrophie des condyles fémoraux, particulièrement du condyle externe, partie antérieure. — Il y a des genoux en dehors d'origine principalement professionnelle, tel celui des fileurs de coton. »

Cancers des amygdales. — Procédés opératoires.

(Mémoire, in Journ. des Sc. méd., p. 193 et 217)

Après quelques considérations cliniques sur les modes principaux de début des cancers amygdaliens, et sur leurs formes cliniques, ce travail a pour but de faire connaître deux procédés opératoires pour leur ablation, propres à l'auteur.

Il décrit successivement :

1° L'opération par les *voies naturelles*, c'est-à-dire par la bouche.

2° L'opération par les *voies artificielles*.

Procédé de l'auteur : il diffère des procédés de Chauvet et de Pollaillon.

Il consiste à tailler un large lambeau en U, descendant jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du cou, et comprenant dans son épaisseur la branche montante du maxillaire et les muscles qui y sont attachés. Voici les divers temps de cette opération :

1er temps. Incision de la peau. — Taille du lambeau en U.

2e temps. Dissection du lambeau.

3e temps. Ablation des ganglions sous maxillaires et cervicaux.

4e temps. Section du maxillaire et élévation du lambeau ostéo, de manière à mettre à découvert très largement, la région amygdalienne,

« *Par ce vaste hiatus, on aperçoit aisément la partie la plus reculée du bord de la langue et tout l'isthme du gosier.* »

5e temps. Ablation de l'amygdale cancéreuse et des parties voisines.

6e temps. Suture du maxillaire et du lambeau. »

Il s'agit, en définitive, d'un chapitre intéressant ajouté à l'histoire des *opérations préliminaires*.

Plusieurs observations personnelles accompagnent ce travail.

Des fracas des côtes. Leurs complications pulmonaires et pleurales.

(Leçon clinique in Journal des Sc. méd., p. 337).

Des appendicites.

(Leçons cliniques in Journal des Sciences médicales, p. 529, 577, 597 et 2e Semestre, p. 1 et 25).

Indications opératoires dans les appendicites.

(Soc. des Sc. médic., p. 49).

Les leçons sur les appendicites sont une mise au point des connaissances contemporaines sur ces affections si spéciales, et qui nécessitent des indications opératoires diverses, et absolument indispensables à connaître dans la pratique chirurgicale. Le récit d'un bon nombre d'observations personnelles fort intéressantes, rend plus vive et plus démonstrative l'étude monographique.

Dans la première leçon, on fait connaître les particularités nouvelles sur l'anatomie de l'appendice, d'après les études de Gegembaur, de Rogie, de Tuffier, de Clado, de Pérignon : son mode de formation chez les fœtus, la locomotion qu'il subit pendant la croissance embryonnaire ; ses anomalies de situation si nombreuses chez l'adulte, et ses déplacements, qui rendent si bien compte de la variété de siège qu'on observe dans l'évolution morbide ; les recherches histologiques si précises de Clado sur sa structure ; et enfin ses fonctions : l'auteur considère l'appendice comme une *glande tubulaire*, annexée au cœcum, y versant un liquide qui contient en abondance des ferments digestifs et un suc spécial qui favorise le ramollissement et la locomotion des matières intestinales versées dans l'ampoule cœcale.

La deuxième leçon a pour objet les lésions pathologiques : on y décrit successivement : 1° l'appendicite congestive ou plastique ; 2° l'appendicite suppurée ordinairement avec pari-appendicite ; 3° l'appendicite gangreneuse ou suraiguë ; 4° l'appendicite chronique ou scléreuse, etc.

La troisième leçon a pour titre : Notions pathogéniques. — Symptômes et variétés des appendicites. — On y distingue les groupes nosographiques suivants : 1er groupe : *les appendicites suraiguës ou perforantes* ; 2e groupe : *appendicites aiguës*, comprenant deux variétés: *a*) appendicites aiguës plastiques ; *b*) appendicites suppurées ; 3e groupe : *appendicites sub-aiguës ou chroniques* avec deux variétés : *a*) forme scléreuse ; *b*) forme suppurée et diffuse.

Dans la quatrième leçon on étudie : les appendicites à rechûtes, les éléments du diagnostic, et en particulier les signes précurseurs de l'appendicite perforante aiguë.

La cinquième leçon, enfin, est ainsi divisée : Traitement. Variétés où l'intervention chirurgicale est nécessaire. Principes des opérations.

Ces leçons sur les appendicites, sont, on le voit, bien disposées

pour mettre les étudiants au courant de cette affection si fréquente, nouvellement décrite, et si utile à connaître au point de vue de la pratique.

Sur un gros ostéome de la matrice, enlevé par broiement d'une cavité pré-rec.

(Nord médical).

1894

Leçons de clinique chirurgicale.

(A. Maloine, libraire-éditeur, 1894, in-8°, 185 p.).

SOMMAIRE : I. Variétés et diagnostic des épanchements sanguins intra-crâniens. — II. Cancers du sein. Variétés et origines ; causes des récidives : choix des méthodes opératoires. — III. Cancers des amygdales ; procédés opératoires. — IV. Pathogénie du Genu Valgum. — V. Equinisme et luxation fémorale par lésions médullaires congénitales ; traitement orthopédique. — VI. Des laparocèles ou hernies latérales de l'abdomen. — VII. Sur un cas d'exstrophie de la vessie traité par la suture marginale. — VIII. Des cystites douloureuses rebelles. — IX. Taille hypogastrique et suture primitive de la vessie. — X. Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. — XI. Hystérectomies abdominales pour fibrômes utérins. — XII. Du traitement chirurgical des gros fibromes utérins. — XIII. Des appendicites et de leur traitement.

C'est le deuxième fascicule des leçons cliniques, qui, soit par leur intérêt original, soit par suite de circonstances particulières, ont été recueillies et données à l'impression. Le sommaire que nous en donnons suffit à établir qu'elles ont toutes une réelle importance. Il en est d'autres, parmi celles que nous faisons trois fois la semaine, qui eussent mérité le même sort; mais l'occasion a fait défaut.

Ce choix suffit à montrer que nous n'avons jamais cesser de donner une culture soignée à notre enseignement de la clinique chirurgicale, et de mettre nos auditeurs au courant des progrès de la science.

Angine sublinguale de Ludwig.

(Soc. des Sc. méd. et Journal des Sciences méd., p. 187 et 507).

Sur la tuberculose rénale.

(Leçons cliniques in Journ. des Sc. méd., p. 593, 617, 649).

Sommaire : I. Faits cliniques. — II. Lésions : adipo-sclérose ; cavernes ; pyonéphrose ; abcès périnéphrétiques. Unilatéralité fréquente. — III. Causes ; les symptômes : hématuries et pyuries ; les bacilles ; la tumeur. — IV. Diagnostic symptômatique : formes cliniques. Diagnostif différentiel. — V. Intervention chirurgicale : néphrotomie et néphrectomie.

Les progrès de la chirurgie opératoire ont conduit à intervenir dans les tuberculoses rénales, et cela, non sans succès notables. La condition nécessaire pour justifier l'action réside absolument d'une part dans la certitude du diagnostic, d'autre part dans l'unilatéralité des lésions. Il est donc indispensable d'avoir une idée claire et complète des formes si variables des lésions rénales tuberculeuses, en particulier de celles qui par leur localisation se prêtent à l'intervention. Nous avons essayé d'en esquisser la topographie d'après les recherches les plus récentes. Nous avons ensuite insisté sur la spécialisation des symptômes : les hématuries, les pyuries ; les bacilles, la tumeur ; puis, sur les diverses formes cliniques, enfin sur le diagnostic très souvent possible avec les néoplasmes et leurs hématuries bien différentes de celles de la tuberculose. Nous terminons par l'étude critique des deux principaux modes d'intervention : la néphrotomie et la néphrectomie, dont nous précisons des indications. La dernière donne seule un résultat complet, quand elle est possible. Une description détaillée des règles à suivre dans la néphrotomie, d'après les préceptes du Professeur Guyon est contenue dans ces leçons, qui, *s'appuyant sur un nombre respectable d'observations personnelles* exposent clairement l'état de nos connaissances, sur ce point de la pathologie urinaire, mal présenté dans les Traités généraux.

Un cas de gangrène traumatique totale d'un membre.

(Soc. des Sc. méd. et Journ. des Sc. méd., 2e Semestre, p. 35).

Cette observation très remarquable et suivie de considérations, est relative à un coup de fusil, chargé à plombs de chasse, tiré dans l'avant-bras et le bras, et qui fut suivi d'un sphacèle total du membre, qui nécessita la désarticulation scapulo-humérale. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas d'athérome artériel, (le sujet était âgé de 35 ans. bien constitué).

L'autopsie du membre a montré la pénétration de grains de plomb, dans l'artère humérale, qui contenait un petit caillot, et dans l'artère cubitale. Il s'agissait donc d'une gangrène par endartérite localisée et primitive. Aucune complication inflammatoire n'était capable d'expliquer le sphacèle du membre. L'auteur part de l'examen de ce cas pour se livrer à quelques considérations intéressantes sur les gangrènes septiques, sur les gangrènes traumatiques, toxiques, nerveuses, etc. C'est une observation qui eût figuré avec avantage lors de la discussion de la pathogénie des gangrènes, mises à l'ordre du jour du Congrès de Chirurgie de 1892.

Calcul salivaire du canal de Warthon extrait par la taille de ce canal — Guérison primitive.

(Soc. des Sc. méd. et Journ. des Sc. méd., 2e sem. p. 369).

1895.

De l'aspiration des liquides sécrétés dans le cul-de-sac postérieur du péritoine, dans les opérations de tumeurs pelviennes par la laparotomie, ayant nécessité de larges décollements de la séreuse.

(Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, 1895).

Dans nos précédents mémoires sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale, en 1890 et 1892, notre attention avait été

appelée sur l'influence nocive des liquides sécrétés dans le cul-de-sac postérieur du péritoine, après les laparatomies. Ils forment un véritable bouillon de culture, qui, absorbé par les lymphatiques, engendre bientôt la septicémie, est cause des insuccès. Martin, de Berlin, avait déjà signalé le fait avec beaucoup de sagacité.

Les moyens auxquels on a recours pour prévenir, diminuer ces sécrétions ou pour en favoriser l'écoulement, sont nombreux. L'auteur examine successivement les résultats donnés par le drainage péritonéal, vagino-péritonéal, abdomino-vaginal, et le tamponnement à la Mikulicz. Il montre qu'il est des cas où ces moyens sont insuffisants ou ne peuvent être employés, ou fonctionnent imparfaitement. Depuis plusieurs années, les chirurgiens anglais L. Tait, Keith, et Greigh Smith ont employé et recommandent l'*aspiration*, comme moyen d'assèchement de la cavité péritonéale. Nous nous efforçons d'établir une bonne technique de cette petite opération, et de vulgariser le procédé. Deux observations qui terminent le mémoire sont des plus suggestives: la première est relative à un kyste dermoïde assez volumineux, totalement inclus dans le ligament large; il nécessita une décortication étendue. Consécutivement survinrent des phénomènes graves de septicémie, qui furent enrayés par l'aspiration des liquides dans le cul-de-sac postérieur. La malade guérit. Dans le second cas, un double kyste tubo-ovarien volumineux donna lieu aux mêmes accidents; comme dans le cas précédent, il y eut rétention des liquides malgré le drainage péritonéal: par l'aspiration, ceux-ci furent épuisés chaque jour, et la guérison fut obtenue.

Modifications à l'opération d'Alexander.

(Congrès de Gynélocogie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, 1895).

Il nous a semblé qu'il devait en être dans la fixation de l'utérus par les ligaments ronds, comme dans la cure radicale des hernies inguinales. Pour obtenir une occlusion durable du trajet herniaire, il faut ouvrir tout le canal inguinal, et le fermer à plusieurs plans de sutures continus dans toute sa longueur. Désormais, l'intestin ne trouvera plus de voie où il puisse s'engager.

Dans l'opération d'Alexander, l'ouverture large du canal inguinal, de l'orifice externe à l'orifice interne, permottra d'abord le dépouillement *complet* et *facile* du ligament rond. Ajoutons que, souvent celui-ci, dans les rétroversions, a allongé ses fibres d'insertion au pubis, et qu'il faut aller, pour le découvrir, jusque dans le canal, *près de l'orifice interne*. — En outre, le ligamont rond, bien préparé, *ne sera sacrifié dans aucune de ses parties*, et pourra être cousu, non par une de ses extrémités, mais *dans toute sa longueur* et *dans toute celle du trajet inguinal*. — Enfin, ce n'est pas assez d'attacher l'utérus, par l'intermédiaire de ses ligaments ronds, aux parties molles et aux aponévroses, tissus extensibles; nous le suturons également au périoste de la face antérieure du pubis, et *nous restituons ainsi aux ligaments ronds une insertion osseuse*.

L'opération, telle que nous l'exécutons, comprend les temps suivants :

1er Temps : *Longue incision curviligne à convexité inférieure* répondant à la partie moyenne du pubis, et s'étendant d'un orifice inguinal à l'autre, qu'elle dépasse en dehors de 5 à 6 centimètres, de manière à mettre à jour les trajets inguinaux dans toute leur longueur. On obtient ainsi un lambeau cutané, dont on dissèque la partie moyenne, de manière à le relever et à découvrir aisément les aponévroses.

2me Temps : *Recherche des ligaments ronds*. On met à nu, bien nettement, par la dissection, l'orifice externe du canal inguinal, de manière à voir clairement les piliers, l'orifice ovalaire, les fibres arciformes. On isole le peloton adipeux qui ferme l'orifice, et on cherche à reconnaître le pinceau d'insertion des fibres ligamenteuses au pubis. Si on n'y réussit pas, sans hésitation on fend l'aponévrose du grand oblique, do manière à ouvrir le trajet inguinal dans toute sa longueur; il est alors *facile* de trouver dans la gouttière de Falloppe, le cordon plat ou arrondi qui constitue le ligament. On l'isole à la sonde cannelée dans une bonne longueur. L'assistant, avec l'hystéromètre ou les doigts placés dans le vagin, soulève l'utérus préalablement réduit. Entre le pouce et l'index d'une main, on saisit l'extrémité pubienne du ligament, et on exerce de douces et progressives tractions, pendant qu'avec le pouce et l'index de l'autre main, on dégage peu à peu l'extrémité utérine du ligament

de la gaîne péritonéale qui l'entoure, comme on dépouillerait une anguille de sa peau. On évite de déchirer le prolongement en doigt de gant du péritoine qui se présente. Cela nous est cependant arrivé : nous avons refermé par une suture continue au catgut la boutonnière péritonéale. Il faut attirer ainsi le ligament jusqu'à ce que le doigt enfoncé dans l'orifice inguinal sente qu'il est voisin de l'angle correspondant de l'utérus. Nous avons obtenu des longueurs de ligament de 14, 16 et 18 centimètres.

3e Temps : *Nouure et fixation par suture continue des ligaments ronds dans toute la longueur des trajets inguinaux et au périoste pré-pubien.* — Les ligaments ronds, étant dégagés dans la plus grande longueur possible, sont noués solidement l'un à l'autre. Nous faisons d'abord le double nœud du chirurgien et, par dessus celui-ci, un nœud simple. Ainsi, les cordons ligamenteux ne glissent plus. L'avantage de ce double nœud est d'abord de maintenir définitivement l'utérus en place, pendant qu'on procède à la suture ; ensuite, il forme une petite *plaque de fixation* à surface assez étendue. Celle-ci est amenée à la partie moyenne de la face antérieure du pubis, où elle est cousue au périoste par une série de points au fil de soie fine. Nous faisons, la plupart du temps, une suture continue à l'aide d'une aiguille courbe ordinaire forte, qui traverse le nœud de dehors en dedans, et *va raser l'os*, décrivant des trajets en des sens divers, de manière à établir un capitonnage. Ceci fait, avec une autre aiguille armée d'un fil de soie semblable, nous suivons chacun des ligaments dans toute la longueur du trajet inguinal, et nous l'y fixons par une suture continue.

4e Temps : *Suture du lambeau cutané au crin de Florence.* Pansement.

En résumé, on voit que le procédé que nous employons a pour résultat *d'incorporer intimement* les ligaments ronds à la paroi abdominale, et de leur *restituer une insertion osseuse*.

De la gastropexie.

(Communication à l'Académie de Médecine, 1895, et Revue de Chirurgie, 10 juin 1896, p. 421 avec cinq figures).

Dans les cas invétérés de *prolapsus stomacal*, contre lesquels la thérapeuthique ordinaire a échoué, une opération chirurgicale

inoffensive peut être tentée. Les malades atteints de cette affection sont souvent en proie à des souffrances intolérables, à des accès névropathiques, et même à des troubles mentaux : ils tombent dans la *neurasthénie* et l'*épuisement* par les douleurs incessantes, et dans l'*amaigrissement progressif*, par l'impossibilité de toute alimentation.

Cette opération, qui, selon nous, peut s'appeler *gastropexie*, pour la rapprocher des interventions analogues faites sur le rein et le foie, est aussi efficace que celles-ci, au point de vue de la fixation anatomique de l'estomac et de la guérison des troubles observés.

Son innocuité réside en ce fait, qu'elle consiste pour ainsi dire en une simple laparotomie, et qu'aucune ouverture n'est faite au viscère.

Elle comprend les temps suivants :

1° Laparotomie médiane, découvrant dans l'incision le péritoine de la région épigastrique dans une hauteur de 8 à 10 centimètres, et descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic ;

2° Recherche de l'estomac dans la région sous-ombilicale de l'abdomen, et sa reposition dans une situation normale, au besoin en relevant la face inférieure du foie ;

3° Fixation à la paroi abdominale du *pylore* et de la *petite courbure* par une ligne de sutures. Celle-ci peut être continue ou à points séparés. La partie à souder à la paroi, est la région antérieure de l'estomac, voisine de la moitié droite de la petite courbure. Il faut, en effet, que le contact ait lieu sur une surface assez large, pour que les adhérences soient ultérieurement suffisamment solides.

La suture se fait de la façon suivante : une anse de fil de soie fine, pénétrant sous la séreuse et dans la musculeuse, sans atteindre la muqueuse, comprend 6 à 8 millimètres de la surface pylorique, puis traverse horizontalement, dans la même longueur, le péritoine pariétal ; rentrant ensuite dans l'abdomen, elle comprend à nouveau 1 centimètre de la partie voisine de la petite courbure, revient au péritoine, retourne à la petite courbure, et ainsi de suite jusqu'à ce que la suture forme une ligne continue d'environ 6 à 8 centimètres d'étendue transversale. Si on le juge utile, une seconde ligne de sutures, placée à 1 centimètre au-dessous de la première, et semblable à elle, augmente la solidité de la fixation. On peut aussi faire

traverser aux anses de fil les aponévroses et les muscles de la paroi, si le péritoine réservé dans la région épigastrique ne paraît pas assez résistant. Tel n'était pas notre cas. D'ailleurs cette région du péritoine est souvent doublée d'une lame fibreuse épaisse et très adhéronte, faisant corps en quelque sorte avec les tissus fibreux sus-jacents.

4° Fermeture de la plaie de la laparotomie à l'aide de trois plans de sutures, selon les règles ordinaires.

Le mémoire se termine par l'observation d'une gastroptose très accusée chez une dame âgée de 51 ans. L'estomac était descendu au-dessus du pubis, les troubles étaient intenses, très anciens, et n'avaient cédé à aucun des nombreux remèdes employés : l'opération permit le retour des fonctions.

Calcul ramifié du rein, du poids de deux cents grammes, enclavé dans les calices et le bassinet. — Pyonéphrose considérable. — Néphrolithotomie et nephrectomie. — Guérison.

(Communication à l'Acad. de Méd., 1895, avec figures).

Cette observation, qui, comme la précédente, a été l'objet d'un rapport de M. le Professeur Ledentu, est un cas bien remarquable d'une intervention chirurgicale heureuse dans les calculs ramifiés du rein. La malade, une robuste fermière âgée de 39 ans, souffrait du ventre depuis plusieurs années. On trouva, à l'examen clinique, une énorme tumeur occupant l'hypocondre et le flanc gauches. Il y avait des pyuries intermittentes et un état d'affaiblissement assez prononcé, bref tous les symptômes d'une pyomphrose. Celle-ci diagnostiquée, on se mit en mesure d'intervenir. L'incision lombaire donna lieu à l'écoulement de plus d'un litre de pus très fétide. Au pôle supérieur de la poche on aperçut une énormo concrétion grisâtre, absolument enclavée et immobile, occupant les cavités du rein. Les tentatives pour l'extraire avec les tenailles ayant été impuissantes, on en fit le broiement, non sans difficultés avec l'énormo lithotriteur vésicale de Dolbeau. Après l'ablation des divers fragments de la pierre, il fut reconnu que le rein était tout à fait atrophié et creusé de cavités purulentes. Pour prévenir l'infection consécutive par les clapiers multiples et anfractueux, dans

un troisième acte opératoire, on extirpa la poche purulente et le rein. Malgré l'étendue du foyer opératoire, et les phases nombreuses de l'intervention, la malade guérit sans incidents. La pierre reconstituée par le recollement des fragments a été présentée à l'Académie.

Le mémoire se termine par des considérations sur l'opération pratiquée : *la néphrolithotomie des calculs du rein ramifiés ou enclavés.*

Du morcellement dans le cancer utérin.

(Soc. des Sc. méd., déc. 1894 et Journ. des Sc. méd., janv. 1895, p. 1 et 25).

« L'hystérectomie par morcellement, dans les cancers utérins, ouvre une très large voie et permet une ablation complète de l'appareil ligamenteux et des annexes. Elle présente des indications particulières, et mérite d'occuper une place spéciale dans le traitement des cancers utérins.

» Nous réduisons à quatre les circonstances principales, dans lesquelles le cancer étant d'autre part opérable, le morcellement utérin est *la seule opération exécutable* : 1° fragilité extrême du col dans les cancers térébrants, ne permettant pas la préhension. ; 2° volume énorme du champignon dans les cancers végétants, ne permettant pas, à cause de l'étroitesse du vagin ou de la saillie du pubis, d'aborder les culs-de-sacs vaginaux ; 3° volume excessif de l'utérus soit par hypertrophie, soit par existence de corps fibreux, l'abaissement étant impossible ; 4° adhérences pelviennes résistantes dans les annexes ou le cul-de-sac de Doglas, immobilisant malgré les tractions, l'utérus dans une situation élevée ».

Les méthodes opératoires du morcellement dans ces divers cas sont exposées et corroborées par des observations personnelles.

De la fixation de la langue, dans les opérations où on a dû couper ses attaches naturelles.

(Sc. des Sc. méd. et Journ. des Sc. méd., p. 46).

De la malignité de certaines formes du cancer lingual.

(In Journ. des Sc. méd., p. 138).

Sur une forme molle et térébrante de cancer du maxillaire supérieur.

(Leçon clinique avec figures, Journ. des Sc. méd., p. 289).

Salpyngites et suppurations pelviennes.

(Leçons cliniques, in. Journ. des Sc. médicales, 1895, p. 385, 434, 577 et 2e sem. 1, 49, 97, 241, 385, et 1896, p. 265, 313, 385, 505).

SOMMAIRE.

I. Anatomie de la trompe et salpyngites.

II. Situation des ovaires et des trompes (Modes d'exploration clinique).

III. Notions étiologiques : la blennhorragie, les avortements et les explorations septiques. Tumeurs et salpyngites.

IV. Formes anatomiques : salpyngites congestives, catarrhales, purulentes, salpyngites profluentes et fermées. Pyosalpynx, hydro et hématosalpynx : salpyrigites parenchymateuses et atrophiques.

V. Signes cliniques : salpyngites ouvertes et salpyngites fermées. Le syndrôme utérin et l'exploration physique.

VI. Faits cliniques. Types variés de salpyngites purulentes observés dans le service.

VII. Marche et terminaison. Diagnostic.

VIII. Traitement. — Aperçu historique.

IX. Traitement (suite). Méthodes conservatrices.

X. Traitement (suite). Indications et règles de la laparotomie.

XI. Traitement (suite). Hystérectonnie vaginale : indications et contre-indications. — Résultats. — Procédés opératoires. — De la castration abdominale totale. — Conclusions.

Il suffira de parcourir le sommaire ci-dessus pour se rendre compte de l'intérêt de ces onze leçons, consacrées à l'étude des salpyngites

et suppurations pelviennes. On trouvera, sans doute, dans les traités généraux des descriptions nosographiques assez complètes de ces affections si multiples dans leurs manifestations. Mais, alors, le discours est didactique, et un peu aride à la lecture.

La forme de leçons cliniques permet mieux de faire jaillir en saillie les particularités utiles à connaître pour le chirurgien instruit. En 92 pages, nous avons présenté à nos auditeurs un tableau très complet des connaissances récentes sur l'étiologie, la nature anatomique, les signes cliniques, le diagnostic et le traitement des salpyngites et des suppurations pelviennes. La partie réservée au traitement comprend quatre leçons : on y est mis au courant d'une manière utile des grandes discussions qui ont eu lieu dans les divers Congrès de gynécologie et de chirurgie, et à la Société de chirurgie de Paris, sur les indications et règles du traitement conservateur, de la laparotonie, de l'hystérectomie vaginale, et même de la castration abdominale totale. Les méthodes opératoires sont succinctement exposées, mais avec assez de détails pour en suivre l'exécution, et on comprendra les raisons dirigeantes. Enfin cet ensemble monographique se trouve mis en vigueur, par la description de faits personnels souvent très complexes, observés dans notre service de la clinique chirurgicale de l'Hôpital La Charité.

Calcul rénal et hématuries. — Néphrotomie. — Extraction. Guérison.

(In Journ. des Sc. méd., p. 547 et 549).

Les suppurations de l'apophye martoïde et leur traitement.

(Journ. des Sc. méd., p. 524).

Tumeur congénitale fébro-éléphantiasique couvrant toute la plante du pied, traitée par l'ablasion. — Guérison définitive constatée 3 ans après.

(In Journ. des Sc. méd., 2e sem., p. 114 et Congrès de Chirurgie, 1896).

Deux kystes tubo-ovariens considérables, en partie inclus dans les ligaments larges. — Ovariotomie double. — Guérison.

(In Journ. des Sc. méd., 2e sem., p. 337).

Annexites; laparotomies et hystérectomies vaginales par morcellement.

(In Journ. des Sc. méd., 2e sem., p. 521).

Ce mémoire a pour objet l'étude critique et statistique des cas d'annexites observés dans notre service de novembre 1894 à juillet 1895. Ils sont au nombre de 22, sur lesquels on compte seulement 3 décès. On y étudie les cas qui ont présenté des particularités à divers points de vue : marche clinique ou actos opératoires. On y insiste en particulier sur deux formes spéciales, qui seront l'objet d'un nouveau travail communiqué en 1896 au Congrès gynécologique de Genève. Trois observations remarquables d'hystérectomies pour annexites sont relatés avec détails.

Plaie de l'angle gauche du mésocolon par coup de couteau. — Laparotomie. — Guérison.

(Soc. des Sc. med. et Journ. des Sc. méd., 2me Semestre, p. 538).

On rencontra dans ce cas un vaste épanchement sanguin intra-péritonéal, et une énorme thrombose sous-péritonéale s'étendant de la région splénique gauche à la fosse iliaque. La plaie do l'intestin située très en arrière dans l'angle colique gauche fut découverte et amenée avec difficultés, après une vaste incision en T do la paroi; on en fit la suture et le malade guérit. La partie intéressante réside dans l'exposé des symptômes préconocitoires qui firent supposer la plaie intestinale pénétrante ; accélération du pouls, petite élévation de température le soir et tympaisme localisé au-dessous de l'hypocondre, exquise sensibilité au palper, etc.

Sur une volumineuse tumeur polykystique de la matrice. — Hystérectomie abdominale totale par morcellement et section médiane in situ. — Guérison.

(Semaine Gynécologique, n°. 4, 1906).

La tumeur opérée était un cysto-fibro-sarcôme de l'utérus remontant entre l'ombilic et l'appendice syphoïde, occupant le bassin sous la séreuse pelvienne. Il n'existait aucun pédicule, ni aucun moyen de pédiculisation. La tumeur était fixe, *et ne pouvait être sortie hors de la cavité abdomino-pelvienne*. Elle dut être morcelée à larges tranches, sur place, *sans hémostase préalable*. Le procédé opératoire suivi est particulier ; *il s'agit d'une hystérectomie abdominale par section médiane in situ.*

1896

Dilatations des bronches occupant le lobe inférieur du poumon droit, consécutives à une coqueluche grave très ancienne. Gangrène pulmonaire et vomiques abondantes. Cavernes multiples. Pneumotomies répétées. Suites opératoires huit ans après l'intervention.

(Arch. gén. de méd., Janv. 1896, 14 pages).

La question de la chirurgie du poumon avait été mise à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie de 1895. Elle a été l'objet d'un rapport remarquable de M. Reclus. A cause d'un retard dans l'inscription, l'observation indiquée ne put être communiquée. Elle a été publiée dans les *Archives de médecine*. Comme il s'agit d'une étude très détaillée d'uno lésion rare sous cette forme localisée, et d'interventions multiples dont les suites ont pu être recueillies huit ans après la première intervention, il est facile de concevoir l'intérêt de cette publication.

« Les résultats de la pneumotomie, dans ce cas, ont été favorables et cependant nous avons dû avoir recours à trois opérations assez rapprochées. Tout le lobe inférieur du poumon droit était creusé de cavernes gangreneuses.

La malade, une jeune fille d'une vingtaine d'années, a conservé un tube de drainage pendant cinq ou six ans. Elle a fini par guérir assez pour qu'après ce temps, nous ayons réussi, dans une troisième intervention, à fermer la fistule bronchique que les drains avaient déterminée ».

Des injections sous-cutanées massives de serum artificiel dans les septicémies post-opératoires, dans les septicémies puerpérales, dans le choc traumatique et le collapsus hémorrhagique.

(Communication à l'Académie de médecine et Semaine Gynécologique, 1896).

Ce travail a eu pour but de mettre en relief la valeur des injections massives de serum par *la voie sous-cutanée*, plus facile, plus accessible que la voie veineuse. Il a été le point de départ d'une intéressante discussion à l'Académie de médecine et d'un rapport du Dr Pozzi, membre de la savante Assemblée.

Il contient la relation de quatre observations de septicémies graves, dans des cas presque désespérés, après la laparotomie et opérations laborieuses, qui ont été enrayées par les injections répétées de plusieurs litres d'eau salée.

Dans un autre chapitre, nous rapportons également quatre cas très graves de septicémies puerpérales conventives à l'accouchement ou à l'avortement, qui ont été guéris par la même méthode.

Enfin, nous citons des cas de succès après des chocs traumatiques grave (désarticulation de la hanche) et des collapsus hémorrhagiques.

Nous croyons avoir rendu service en montrant, que les injections sous-cutanées massives, d'une technique plus facile que les injections intra-veineuses, peuvent sauver les malades dans des circonstances où la mort paraît inéluctable. Les faits relatés par Michaux, Pozzi, Ménard, Routier, Peyrot, Lejars, Jayle, Delbet etc. à la Société de chirurgie ou dans la Presse médicale, sur les résultats de la voie veineuse, à peu près contemporains des nôtres, s'y associent, pour mériter l'attention.

Enorme tumeur de la région amygdalienne et du cou du poids de 262 grammes. — Ablation. — Guérison.

(Journ. des Sc. méd., 1896. 1er Sem., p. 236).

Il s'agit d'une tumeur du volume des deux poings, dont la moitié occupait la région supérieure du cou, et l'autre moitié l'isthme du gosier et le pharynx qu'elle remplissait presque totalement, descendant derrière le larynx. L'ablation en a été faite avec succès, après trachéotomie préalable, et l'opération préliminaire de la section du maxillaire sur la ligne médiane.

Presque tout le voile du palais, la moitié gauche du pharynx durent être réséqués. On parvint cependant à reconstituer l'entonnoir pharyngien, en dédoublant la muqueuse de la joue. La guérison opératoire a eu lieu sans incidents graves, et se maintient encore aujourd'hui, 10 mois après l'opération. D'après le Professeur Augier, il s'agissait d'une tumeur mixte, polymorphe, développée dans les lobes profonds de la parotide. L'amygdale avait été repoussée en dedans.

Quelques cas de calculs appendiculaires.

(Journ. des Sc. méd., 1896, p. 544).

Parmi les cas relatés, il en est un très remarquable où un calcul appendiculaire, un coprolithe du volume d'une grosse noix, fut extrait d'une cavité artificielle en contact avec la paroi vésicale, et communiquant avec elle par une fistule.

Néphrotomie pour anurie calculeuse à forme convulsive grave. Guérison.

(Observation recueillie par Vailten, élève du service, in Journ. des Sc. méd., 2em sem. 9, p. 111).

Leçons de clinique chirurgicale (3e fascicule de 172 p).

(Malouin, libraire-éditeur, 1896).

Sommaire : I. Sur la tuberculose rénale : lésions et symptômes; indications de la néphrotomie et de la néphrectomie. — II. Sur une

forme molle et térébrante du cancer du maxillaire inférieur. — III. Kystes tubo-ovariens. — IV. Du mercellement dans le cancer utérin. — V. Annexites; laparotomies et hystérectomies vaginales. — VI. Salpyngites et suppurations pelviennes (11 leçons); considérations anatomiques; modes d'explorations; notions étiologiques : formes anatomiques; signes et faits cliniques : histoire et parallèle des divers modes d'intervention opératoire; leurs indications.

Des suppurations pelviennes compliquées.

(Congrès international de Gynécologie, Genève, septembre 1896).

Conclusions de ce mémoire :

1. Parmi les suppurations pelviennes d'origine annexielle, il existe des cas *compliqués* et *graves* de diverses natures, parmi lesquels deux affections d'un caractère particulier : les SUPPURATIONS MULTIPLES et DIFFUSES, et les PROCESSUS FIBREUX.

2. Elles ont pour origine communes des INFECTIONS INTENSES, causées ordinairement par les *streptococques*, qui se diffusent à la fois, par les voies muqueuse, lymphatique, séreuse et interstitielle : elles envahissent souvent d'emblée tout l'appareil génital.

3. Les deux formes pathologiques qu'elles affectent ressemblent à celles des *phlegmons diffus*, qui tantôt évoluent vers les *suppurations multiples*, tantôt vers l'*induration* et la *sclérose*.

4. Dans les cas de *suppurations multiples*, le pus tantôt distend les trompes, et forme des tumeurs parfois considérables, très adhérentes; tantôt, il se collecte en des cavités péritonéales, comprises entre les anses intestinales au-dessus de l'utérus, tantôt enfin, il se forme des foyers diffus ou collectés dans le tissu cellulaire du plancher pelvien ou dans la partie meyenne des ligaments larges, sur le trajet des vaisseaux sangnins et lymphatiques utero-ovariens. Il existe encore des collections plus lointaines; lombaires, périrénales, iliaques, sciatiques ou fessières.

5. Les *processus fibreux* ou scléreux tantôt se limitent à un côté de l'appareil génital et forment des tumeurs dures, anologues à des fibrômes; tantôt gagnent les deux côtés et englobent les organes

génitaux dans une gangue, qui acquiert bientôt leur grande dureté, se propage au parenchyme des organes eux-mêmes, et les soude fortement ensemble et aux parois pelviennes.

6. Les deux complications pathologiques, que nous signalons, offrent une *gravité particulière* (comme le montrent les observations citées dans ce travail), et créent des difficultés opératoires diverses sur lesquelles nous avons insisté. Elles sont justiciables presque exclusivement de l'hystérectomie vaginale.

De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible.

(Congrès international de Gynécologie, Génève, 1896).

Ce travail a pour objet d'attirer l'attention sur les difficultés que peut présenter l'hystérectomie vaginale pour inversion utérino puerpérale, si l'on s'en tient aux méthodes ordinaires. Le col est alors complètement effacé ; la surface muqueuse de l'utérus inversé se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse vaginale ; à peine remarque-t-on une différence de coloration. Sur quel point précis faire porter l'incision transversale du cul-de-sac antérieur, temps par lequel commence toute hystérectomie ? Nous avons été aidé, dans la déterminaison du lieu de l'incision, par le palper ; en saisissant entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, on apprécie aisément, à travers son épaisseur, le point où se trouve le museau de tanche et on sectionne au-dessus. Il faut alors pénétrer avec prudence, car on tombe aussitôt dans l'infundibulum pelvien, au-dessous de son collet. Il n'y a pas de décollement de la vessie à opérer ; celle-ci est restée en dessus de l'incision.

Dès qu'on pénètre dans l'infundibulum par les incisions transversales, soit en avant, soit en arrière, on risque de blesser les viscères qui y sont inclus. Aussi, dans nos opérations, la petite boutonnière antérieure étant faite avec précaution, nous explorons l'infundibulum, nous nous rendons compte par le toucher des organes qu'il contient. S'il n'y a pas d'adhérences, on peut les réduire et les maintenir sur un point plus élevé par un tampon iodoformé. Il est plus simple, plus prudent, alors, de continuer l'hystérectomie *par le procédé de la section médiane*.

Du milieu de l'incision transversale antérieure, je fais tomber perpendiculairement une seconde incision qui, partant de là, divise la face antérieure de l'utérus jusqu'à son fond. Le doigt introduit par la boutonnière antérieure, jusqu'au fond de l'infundibulum, dirige l'instrument tranchant et prévient la blessure des organes herniés. Par la large ouverture de la face antérieure de l'utérus, on aperçoit aisément les annexes et leurs pédicules, qu'on peut lier déjà en partie.

A ce moment de l'opération, je relève l'utérus, je le porte en avant, et j'incise transversalement le cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine.

Il vaut mieux alors procéder à la ligature des artères utérines; pour cela, j'incise la muqueuse vaginale sur les côtés et la décolle légèrement. Je saisis entre l'index et le pouce la base des ligaments larges avoisinant l'utérus, et, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, je l'enserre entre deux ligatures fortes à la soie, de chaque côté. J'achève l'hémisection utérine par une incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute leur épaisseur.

J'attire en bas chacune des deux moitiés; au-dessus je recherche les annexes; je les détache avec les doigts si elles sont adhérentes, puis je place au delà des ligatures très serrées à la soie; je coupe en dedans des ligatures, et l'opération est terminée.

L'hémisection du corps de l'utérus prolabé a été faite dans une de mes opérations, de bas en haut, du fond de l'utérus inversé vers le col.

En résumé, je conclus:

1° L'ablation de l'utérus est indiquée dans les inversions *manifestement irréductibles*, surtout lorsque se développent des accidents graves: hémorrhagies répétées, douleurs violentes, leucorrhées fétides ou gangréneuses, qui produisent un empoisonnement septique ou l'hecticité, complications inflammatoires des annexes ou des ligaments larges;

2° Les méthodes anciennes sont insuffisantes et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statistiques sont déplorables;

3° La ligature élastique, selon le procédé de Périer, peut être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes; mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite

des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets et trop souvent incertains (8,5 pour 100 de mortalité) ;

4° L'hystérectomie vaginale totale est la méthode de choix dans les inversions utérines irréductibles. Afin d'éviter la blessure des organes herniés dans l'infundibulum péritonéal, il sera préférable de la pratiquer, par *section médiane*, selon les règles que j'ai indiquées.

THÈSES INSPIRÉES.

1. *Sur la pneumonie traumatique dans les cas de contusion du poumon.*

(Dr Proust, interne des Hôpitaux de Paris, th. 1884).

2. *Sur l'empyème spontané à distance.*

(Dr Delotte, interne des Hôpitaux de Paris, th. 1884).

3. *Du curage de l'aisselle dans les cas de cancer du sein.*

(Dr Thomas, interne des Hôp. de Lille, th. Paris, 1885).

4. *De la caséo-tuberculose ganglionnaire et son traitement par l'équipuncture.*

(Dr Mohammed ben Ahmed, Paris, 1886).

5. *Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein.*

(Dr Haddour ben Mohammed, th. Paris, 1888).

6. *Traitement des fibrômes de la paroi abdominale.*

(Dr Haquin, th. Paris, 1888).

7. *De la thrombose des sinus de la dure-mère.*

(Dr Lancial, chef de clinique, th. Paris, 1888, 228 p.).

Cette thèse remarquable est le travail le plus complet qui existe sur ce sujet : elle contient en particulier l'exposé des tentatives opératoires faites par la ligature des veines jugulaires, et des ouvertures et du curetage des sinus. — Médaille d'argent de la Faculté.

8. *De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin.*

(Dr Duros, th. Paris, 1888).

9. *Des épanchements sanguins dans les bourses séreuses trochantériennes et de leur traitement. — Hématôme trochantérien.*

(Dr Frédéric H. Mohammed, Paris, 1889).

10. *Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale, région dorsale et région dorso-lombaire.*

(Dr Ménard, Paris, 1889, 276 p.

Travail maintenant cité dans tous les Traités de pathologie, contenant des recherches expérimentales très complètes, et une étude du mécanisme de ces fractures, ainsi que leurs symptômes cliniques et les méthodes de traitement nouvelles. — Méd. d'argent.

11. *De la néphrorraphie. — Etude critique et expérimentale.*

(Dr Vaneufville interne, thèse, Paris, 1888, 150 p. et 7 planches).

L'auteur a cherché dans des expériences nombreuses et très bien conduites, les effets de la couture du rein, d'après les procédés de de Hahn et le nôtre. Il a largement contribué à la démonstration de

l'efficacité réelle de la néphropéxie, par la constatation de l'existence de véritables adhérences ou ligaments fibreux autour des fils suspenseurs du rein. — Thèse récompensée.

12. *Des tumeurs végétantes des ovaires.*

(Dr Vocquez interne, th. Paris, 1890, 102 p.).

escription d'une variété spéciale de tumeurs ovariennes, sur lesquelles nous avions appelé l'attention du Congrès de gynécologie international de Bruxelles.

13. *Causes des luxations irréductibles de la hanche. Leur traitement par la méthode sanglante.*

(Dr Dennetières interne, thèse Paris, 1890, 102 p.).

14. *Recherches expérimentales sur les fractures des os du tarse.*

(Dr Ballenghien, interne, th. Paris, 1890, 212 pages et 41 figures).

Recherches très complètes sur ce sujet. Thèse récompensée.

15. *Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales.*

(Dr Wigniolles, th. Paris, 1891, 105 p).

16. *Kystes du mésentère*, par le Dr Delmez

(Th. Paris, 1891, 130 p).

Première monographie un peu complète sur ce sujet, à l'occasion d'un cas de ce genre, traité avec succès, par l'extirpation, dans notre service

17. *Des épanchements sanguins intra-crâniens (Variétés susdure-mérienne)*, par le Dr Lelandais.

(Th. Paris, 1892, 110 p.)

Thèse contenant plusieurs cas fort intéressants de traumatismes crâniens et cérébraux qui nous sont personnels, et qui ont été traités par la trépanation ostéo-plastique.

18. *De l'extirpation des synovites à gaînes résiformes*, par le Dr Mulliez.

(Th. Paris, 1893, 105 p.).

Exposition de notre méthode d'extirpation des gaînes palmaires, donnant des guérisons radicales, avec conservation intégrale des mouvements de la main.

19. *Des endométrites de la mempause.*

(Dr E. Van Peteghen, th. Paris, 1893, 125 p.).

20. *Pathogénie et traitement de l'incontinence uréthrale d'urine chez la femme*, par le Dr Pépin.

(Th. Bordeaux, 1893.)

Cette thèse nous emprunte une méthode opératoire personnelle.

21. *Des résultats éloignés de la néphropéxie*, par le Dr Mayolle.

(Th. Lille, 1894).

Etude rétrospective, très suggestive, de nos résultats de néphrorraphie. Persistance des résultats.

22. *Etude sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum*, par le Dr Masson.

(Th. Paris, 1894, 250 p.).

Exposition, avec figures, d'un procédé opératoire nouveau pour la cure radicale du prolapsus rectal.

23. *Anomalies de régression du canal vitellin. Diverticule de Mœckel. Fistules ombilicales.* Dr Franchomme, chef de clinique.

(Th. Paris, 1893, 150 p.).

Etude très savante d'embryogénie pathologique.

24. *Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péricholécystite.* Dr Sonville, interne.

(Th. Paris, 1895, 134 p.).

Contribution à la chirurgie des voies biliaires.

25. *De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible.* Dr Brasseur.

(Th. Paris, 1895).

Cette thèse contient l'exposition de notre procédé original, spécial d'hystérectomie dans l'inversion utérine.

26. *De l'hématosalpynx. — Pathogénie, symptomatologie et traitement.* Dr E. Camelot, chef de clin.

(Th. Paris, 1895, 160 p.)

Travail très complet sur ce point particulier de la chirurgie utérine.

27. *Vaisseaux sanguins de l'utérus; des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies*, par le Dr Frappier, interne.

(Th. Paris, 1896).

28. *De la néphrotomie dans l'anurie calculeuse*, par le Dr Vailhen.

(Th. Paris, 1896).

MÉMOIRES INSPIRÉS

1. *Diagnostic de la rupture de la longue portion du biceps*, par le Dr Voituriez, chef de clinique.

(Soc. Anat. clin., 1886, p. 79).

2. *De la lymphangite gangréneuse*, Lancial, interne du service.

(Bull. Soc Anat. clin., 1886, p. 117).

3. *Trépanation des mastoïdes pour otites suppurées.* Dr Voituriez, chef de clinique.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1886, p. 133).

4. *Sur les malformations de l'urèthre.* Dr Voituriez, chef de clinique.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 101).

5. *Lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale*, par le Dr Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 134).

6. *Varices congénitales des membres supérieurs*, par le Dr Voituriez, chef de clinique.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 242, avec figure).

7. *Traumatismes et rhumatismes*, par le Dr Vaneufville, interne.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 313).

8. *Leucocythémie et adénie*, par M. Vacquez, interne.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1888, p. 102).

9. *Vestiges cartilagineux d'un arc pharyngien*, par le Dr Voituriez.

(Bull. Soc. Anat. clin. 1888, p. 102).

10. *Note sur un cas de kyste dermoïde de l'ovaire à développement insolite*, par les Drs Duret et Voituriez.

(Bull. Soc. Anat., 1888, p. 202).

11. *Statistiques de coxalgies traitées par l'extension dans le service*, par Flament, externe.

(Bull. Soc. Ant. clin., 1888, p. 211).

12. *Sur un cas de fibro-adénôme du sein*, par M. le Dr Lancial, chef de clinique.

(Soc. Ant. clin., 1889, p. 204-210).

13. *Pathogénie des kystes médians du cou*, par le Dr Voituriez.

(Bull. Soc. Ant. clin., 1889, p. 352).

14. *Recherches expérimentales sur les fractures du tarse*, par M. Ballenghien.

(Soc. Ant. clin., 1890, p. 328 à 358).

15. *Note sur trois variétés de tumeurs du maxillaire supérieur*, par les Drs Duret et Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 358 et 371, avec figures).

16. *Tuberculose linguale par infection secondaire*, par le Dr Toison, prof. suppl.

(Bull. Soc. Ant. clin., 1890, p. 411 à 417).

17. *Note sur un cas de kyste séreux du mésentère*, par Duret et Lancial.

(Bull. Soc. Ant. clin., 1890, p. 438 et 448).

18. *Maladie kystique des mamelles*, par le Dr Voituriez.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1891, p. 373).

19. *Sur un cas de résection totale précoce de toute la diaphyse humérale pour panostéomyelite grave*, par le Dr Lancial.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1891, p. 427 et 445).

20. *Des avantages du curettage dans les adénites suppurées chroniques*, par le Dr Lancial.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1891, p. 424).

22. *Ostéomyelite aiguë et furonculose*, par le Dr Voituriez, chef de clinique.

(Journ. des Sciences méd., 1887, p. 25).

23. *Contribution à la gangrène gazeuse des membres*, par M. Ballenghien, interne du service.

(Soc. Anat. clinique et Journ. des Sc. médicales, 1889, 2e sem., p. 21 à 149).

24. *Péritonite sur-ombilicale fibrino-membraneuse consécutive à une gastrite ulcéreuse*, par le Dr Lancial, chef de clinique.

(Journ. des Sc. méd., 1890, p. 407).

25. *De la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire*, par le Dr Voituriez.

(Journ. des Sc. méd., 1890, p. 577 et 604).

26. *Infiltration aiguë généralisée des ganglions lymphatiques consécutive à une inflammation pharyngo-buccale*, par le Dr Van Heuwerswyn, chef de clinique chirurgicale.

(Journ. des Sc. méd., 1892, p. 193).

27. *Sur le mécanisme des luxations divergentes du coude (avec figures)*, par le Dr Van Heuwerswyn.

(Journ. des Sc. méd., 1892, 2e sem., p. 241 et 287).

28. *Contribution à l'étude de l'hématosalpynx*, par M. Camelot, interne du service.

(In Journ. des Sc. méd., 1893, p. 425).

29. *Sur les lipômes palmaires*, par le Dr Voituriez.

(In Bull. Soc. Anat. clin., 1893, p. 252).

30. *Des tumeurs d'origine vitelline* (Dr Franchomme, chef de clin.).

(In Bull. Soc. Anat. clin., 1894, p. 381).

31. *Contagion du cancer*, par le Dr Camelot, chef de clinique

(In Bull. Soc. Anat. clin., 1895, p. 217).

32. *Hystérectomie vaginale et prolapsus utérin* (Dr Franchomme, chef de clin.).

(In Bull. Soc. Anat. clin., 1895, p. 241).

33. *Fractures du crâne avec enfoncement. — Plaie du cerveau. Intervention et guérison,* par le Dr Franchomme.

(In Bull. Soc. Anat. clin., 1895, p. 267).

34. *Procédé opératoire pour l'ablation des épithéliomias médians de la lèvre inférieure,* par le Dr Franchomme.

(In Bull. Soc. Anat. clin , 1895, p. 272).

DIVERS

MALADIES GÉNÉRALES.

Gangrène diabétique, par le Dr Duros.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 188).

Piqûre septique et gangrène du médius droit.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1888, p. 247).

Trois cas d'anthrax du talon, par M. Thibaudet.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 6).

Observation du greffe de Thiersh, par M. Berthelin.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 187).

Deux cas d'anthrax traités par le thermo-cautère, par M. Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 97.

Infection aiguë généralisée des ganglions lymphatiques causée par une inflammation pharyngo-buccale. — Guérison. (Van Heuwerswyn).

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 217).

Tétanos consécutif à l'extirpation des ganglions cervicaux. (Samain).

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 140).

Tétanos survenant chez un homme atteint de fracture de jambe au 50e jour. Mort (Samain).

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 144).

Pouls veineux de la saphène interne (David).

(Soc. anat. clin., 1895, p. 135).

Abcès de nature pneumococcique simulant une énorme hydronéphrose (Douvrin).

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 494).

TUMEURS

Lépômes névralgiques, par M. Didier.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 146).

Sarcôme de la région sous-claviculaire droite, par M. Ballenghiem.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 351).

Tumeur d'aspect myxo-sarcomateux de l'extrémité inférieure du radius. Antécédents syphilitiques. Caractères d'hybridité du néoplasme, par M. Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 17).

Lymphosarcôme primitif des ganglions cruraux et iliaques, par M. Souville.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 68).

Ostéo-sarcôme du fémur à marche très lente. Enorme hématome traumatique. Septicémie. Amputation, par M. Pollet.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 129).

Tumeur de la région axillaire, par M. Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 72).

Fracture pathologique du fémur due au développement d'un ostéo-sarcôme. Désarticulation de la cuisse sans perte de sang appréciable. Mort en syncope 31 heures après l'opération, par M. Pérignon.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1891, p. 213).

Résection partielle de la carotide primitive dans un cas de récidive ganglionnaire d'un épithéliome lingual. Guérison, Giranol.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 238).

Névrômes multiples douloureux, Gamelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 15).

Tumeur tuberculeuse de l'aisselle simulant un lynphadénôme, par M. Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 31).

Sarcôme mélanique des ganglions sous-maxillaires, par M. Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 68).

Enorme fibrôme parostéal de la cuisse gauche. Enucléation. Guérison, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 61).

Myxo-chondrôme central du condyle interne du fémur à évolution très lente, simulant d'abord une tuberculose localisée. Trépanation et curetage de la cavité qui contient des matières caséeuses. Récidive 6 mois après avec des caractères de sarcôme embryonnaire. Amputation. Guérison, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 65, avec figures).

MALADIES DES OS.

Exostose ostéogénique volumineuse du fémur.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1886, p. 127).

Fractures multiples du bassin. — Déchirure de l'urèthre chez un enfant de 7 ans, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin., 1886, p. 113).

Hypérostose professionnelle du condyle interne du genou gauche. Genu Valgum chez les fileurs de coton, par M. Haquin.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 104).

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Issue du fragment supérieur à travers une déchirure des parties molles. Divulsion des condyles (fracture en T, intercondylienne). Conservation. Guérison, par M. Vaneufville.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 214).

Ostéite Juxtà-épiphysaire des adolescents, par M. Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 72).

Deux variétés de fractures du calcaneum chez la même personne. Difficultés du diagnostic. Mécanisme et pathogénie, par M. Wacquez.

(Bull. Soc. anat. clin., 1889, p. 129).

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec éclatement de la tête articulaire. Arthrite consécutive. Atrophie musculaire. Guérison, par M. H. Bonnet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 150).

Fracture du corps du fémur. Présentation de pièces, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 1).

Lésions multiples causées par une explosion de turbine. Fractures comminutives et compliquées de plaies. Contusion des testicules. Mort, par M. Haidharlve.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 45).

Recherches expérimentales sur les fractures du tarse, par M. Ballenghien.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1890, p. 328).

Ostéo-myélite de l'adolescence passée à l'état chronique. Abcès successifs avec fistules. Ablation d'un volumineux séquestre invaginé du fémur, par M. Robin-Massé.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 100).

Sur un cas de résection hâtive précoce de toute la diaphyse humérale pour panostéomyélite aiguë grave. Guérison, par M. Lancial.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1891, p. 427, 445).

Sequestre du radius.

(Soc. Anat. clin. 1892, p. 25).

Fracture de jambe vicieusement consolidée. Incurvation du tibia. Varus douloureux. Ostéotomie. Guérison sans un seul pansement, par M. Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 61).

Fracture spontanée des deux cuisses dans la période pré-ataxique du tabès, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 21).

Ostéite ascendante probablement tuberculeuse dans un moignon d'amputation, par Danel.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 95).

Exostoses énormes du col du fémur. Ablation. Guérison, par M. Danel.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 102).

Ostéo-myélite suraiguë ayant déterminé la formation d'un sequestre de toute la dyaphyse du tibia, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 270).

Ostéo-sarcôme de l'épiphyse supérieure du fémur. Désarticulation de la hanche. Mort de broncho-pneumonie au 15e jour, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 345).

Fractures comminutives intrà-articulaires de l'extrémité inférieure de l'humérus chez une femme de 62 ans. Résection du coude, par M. Menissez.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 63, 2e sem.).

MALADIES DES ARTICULATIONS ET DES SYNOVIALES.

Hygroma chronique de la bourse séreuse prérotulienne. Enucléation. Guérison, par M. Prouvost.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 18).

Tumeur blanche du cou-de-pied. Description des pièces pathologiques, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 53).

Arthrite secro-iliaque. Psoïtis suppuré. Infection purulente. Autopsie, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 169).

Luxation de l'épaule en bas (sous-glénoïdienne). Réduction par la méthode d'extension horizontale, par M. Mahieu.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 134).

Résection du genou sans suture osseuse pour ankylose angulaire chez un enfant de 9 ans. Résultat abtoplastique satisfaisant, par M. Franchommo.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 93-96).

Genu valgum double. Ostéotomie des fémurs, par M. Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 106).

Luxation du coude datant de deux mois. Réduction, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 109).

Synovite purulente du genou chez un enfant de 6 ans 1/2. Arthrotomie. — Désorganisation de l'article. Résection fémoro-tibiale. — Guérison, par M. Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 141).

Extirpation de la gaine cubito-carpienne pour un kyste à grains riziformes. Guérison, par M. Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 152).

Scapulalgie tuberculeuse. Résection de l'épaule. Guérison opératoire et fonctionnelle, par M Baron.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 97).

Sur un cas de résection de la hanche avec résultats satisfaisants, par M. Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 157).

Lipo-sarcôme de l'articulation du genou simulant une tumeur blanche. Amputation de la cuisse. Guérison, par M. Mahieu.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 227.

Sacro-coxalgie ancienne. Suppuration prolongée. Interventions multiples. Dégénérescence amyloïde viscérale, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 181).

Une forme rare d'arthropathie tabétique dans la période préataxique. Luxation spontanée unilatérale du genou. Hydarthrose ancienne. Longue évolution, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 195).

Kyste synovial, à grains riziformes de la gaîne cubito-carpienne. Extirpation totale. Guérison, par Lohéac.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 2e sem. 1896, p. 181).

MALADIES DE LA TÊTE ET DE LA FACE.

Fracture de la voûte du crâne et de la voûte orbitaire. Paralysie du bras du même côté que la fracture, par M. Lancial.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1886, p. 201).

Chute sur le crâne. État de commotion et d'ictus apoplectique. Contracture du côté correspondant à la lésion. Trépanation. Autopsie. Pachy-méningite avec hémorrhagie méningée. Prés. de pièces, par M. Vaneufville.

(Soc. Anat. clin., 1886, p. 218).

Pachy-méningite cérébrale hémorrhagique. Contracture du côté de l'épanchement.

(Soc. Anat. clin., 1888).

Fracture comminutive de la voûte frontale irradiée à l'étage antérieur et à l'étage moyen. Contusion du lobe frontal. Méningo-cocéphalite diffuse, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 44-49).

Epithéliome de la langue. Ablation par la voie sous-hyoïdienne.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 136-143).

Fracture de la voûte et de la base du crâne par irradiation. Epanchement sanguin sus et sous-duremérien Plaie contuse des deux lobes occipito-temporaux. Foyer hémorrhagique dans la protubérance, par M. Dennetières.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 13).

Fracture par irradiation des trois étages de la base du crâne, par M. Mouestié.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 76).

Epulis fibro-sarcomateux du maxillaire inférieur. Résection du maxillaire. Guérison, par M. Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 10).

Vaste épanchement sanguin intra-crânien. Trépanation, par M. Lelandais.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 74).

Septico-pyohémie dans le cours d'un otite moyenne suppurée. Phlegmons multiples. Guérison, par M. Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 133).

Un cas de forme molle et térébrante du cancer du maxillaire inférieur (avec figure), par M. Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 42).

Sarcôme primitif de la caroncule lacrymale. Envahissement des annexes de l'œil. Opération. Guérison, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 63).

Fracture du col du condyle du maxillaire inférieur, remontant aux premiers mois de la vie chez une fillette de 13 ans. Asymétrie de développement de la face. Résection du condyle. Résultats (avec figure), par M. Frappier.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 109).

Tic douloureux de la face. Résection en une seule opération des deux nerfs maxillaires supérieur et inférieur droits, par M. Cassel.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 147).

Kyste de la région sus-claviculaire, par M. Frappier.

(Soc. Anat. clin., 1895. p. 160).

Tumeur primitive du cou, par M. Frappier.

(Soc. Anat., clin. 1895, p. 161).

Lymphôme du cou chez une femme de 55 ans. Ablation. Guérison, par M. Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 188).

Angiome considérable de la face. Extirpation. Autoplastie, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 213).

Enorme tumeur de la région amygdalienne et parotidienne. Opération. Guérison, par MM. Duret et Augier.

(Journ. des Sc. méd., 1896, p. 236).

Névralgie épileptiforme spasmodique du nerf maxillaire inférieur, par M. Schmitt.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 535).

MALADIES DE LA POITRINE. — VOIES AÉRIENNES.

Squirre rameux du sein, par M. Briquet.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 26).

Cancer du sein chez un homme de 65 ans, par M. Gars.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 185).

Squirrhe en masse du sein.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 206).

Laryngite diphtéritique compliquée d'angine couenneuse secondaire, par M. Ballenghien.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 201).

Fracas des côtes avec déchirure grave du poumon et de la plèvre et pièces, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1879, p. 1888, 111).

Polype fibreux naso-pharyngien chez un garçon de 14 ans. Résection du maxillaire supérieur. Extirpation, etc., par M. Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 207-211).

Spasmes et névralgies de la face. Résection de la totalité du maxillaire supérieur par le procédé de Loïsen-Braun-Segond. Guérison se maintenant neuf mois après l'intervention, par M. Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 136).

Phlébite ophtalmique. Propagation aux sinus. Mort. Autopsie, par M. Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 118.)

Deux cas de cancer des fumeurs, par M. Cortyl.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 126).

Plegmon et abcès sublingual. Angine de Ludwig, par M. Brasseur.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 154).

Cancer fissuraire de la langue. Extirpation totale de la langue. Guérison, par M. Sonville.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 1, avec figure).

Tic douloureux de la face. Résection des nerfs frontal, nasal, ethmoïdal et du nerf maxillaire supérieur, d'après le procédé de Loïsen-Braun-Segond. Guérison persistante, par M. Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 36).

Sarcôme à miclopleur de la synphise du menton. Résection de la plus grande partie du corps de l'os. Guérison sans incidents malgré l'existence d'une grossesse de 6 mois, par M. Mahieu.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 120).

Procédés de fixations de la langue dans les opérations, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 188).

Malignité du cancer de la langue. Ses causes, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 206).

Epithéliome de la langue traité par l'ablation complète de l'organe au bistouri, par la voie sous-hyoïdienne, par M. Verstraete

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 238).

Cancer de l'amygdale avec masse ganglionnaire de la région cervicale, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 247).

Calcul salivaire du canal de Warneton extirpé par incision du canal, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 139).

Plaie du cou par instrument tranchant. Suture immédiate, par M. Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 41 et 61).

Fracture étoilée de la voûte crânienne avec irradiation fissurique dans la fosse temporale. Fracture perpendiculaire du rocher. Léger épanchement en nappe sur et sous-dureméréen. Mort. Autopsie, par M. Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 146, avec figures).

Fracture du crâne au niveau des sinus frontaux. Accidents comateux consécutifs apparaissant au 2e jour. Trépanation. Mort. Méningite suppurée de la base du crâne. Pus dans les ventricules cérébraux, par M. Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 92).

Trépanation pour troubles mentaux consécutifs à un traumatise du bregme frontal. Guérison, par M. Samain.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 128).

Fracture du crâne avec enfoncement. Plaie du cerveau. Intervention chirurgicale. Guérison, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 273).

Traumatisme crânien ; hémorrhagie centrale intra ventriculaire Trépanation, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 66, 2e sem.).

Commotion cérébrale mortelle sans lésions, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 68).

MALADIES DE LA FACE ET DU COU.

Sarcôme de l'angle de la mâchoire inférieure avec ectopie de la dent de sagesse incluse dans le néoplasme, par M. Malfait.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 170).

Enorme tumeur récidivée occupant la région du maxillaire inférieur, la région sus-hyoïdienne, les fosses temporale parotidienne et zygomatique, s'avançant jusqu'au voile du palais, chez une malade de 18 ans. Ablation. Guérison, par M. Wacquez.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 16).

Kyste méliçérique de la queue du sourcil, par M. Duchateau.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 149).

Adénite chronique de la région cervicale. Ablation. Guérison, par M. Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 197).

Sarcôme à myéloplaxes du maxillaire supérieur. Résection. Guérison, par Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 248-252).

Deux cas de déviation de la cloison nasale. Nouveaux procédés opératoires, par M. Briquet.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 48).

Sarcôme primitif de la glande sous-maxillaire, par M. Briquet.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 51).

Tumeur sarcomateuse de la parotide datant de 20 ans, par M. Sonville.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 153).

Note sur un cas de fibro-adénome du sein, par M. Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 304, 310).

Cancer du sein avec volumineux abcès central, par M. Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 25-29).

La maladie kystique des mamelles, par M. Voituriez.

Soc. Anat. clin., 1891, p. 373).

Fractures multiples des côtes. par M. Gamblin.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 38).

Lactation et squirrhe du sein, par M. Grouhel.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 109).

Cancer du sillon mammaire, par M. Boswieux.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 53).

Opération d'Estlander chez un enfant, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 24).

Kyste séreux du sein d'origine traumatique, par M. Philippart

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 54).

MALADIES DU RACHYS ET DU BASSIN.

Fracture de la colonne vertébrale, du sternum, et de nombreuses côtes, consécutivement à une chute d'un lieu élevé (avec figures), par M. Vaneufville.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 192).

Tumeur fibreuse de la région postérieure du sacrum observée chez un adulte, par M. Wintrebert.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 211).

Psoïtis suppurée. Envahissement de la fosse ischio-rectale et de l'articulation coxo-fémorale, par M. Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 80).

Mal de Pott-cervical, par M. Franchomme.

(Bull. Soc. anat. clin., 1889, p. 77).

Luxation unilatérale d'une portion de la colonne vertébrale (région cervicale). Section de la moelle au niveau de la 6e vertèbre cervicale. Autopsie, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 36).

Arthrites cervicales et minerve plâtrées, par M. Delegrange.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 178-183).

Trajet anormal d'un abcès par congestion, par M. Sonville.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 16).

Abcès de la fosse iliaque, par Bantigny.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 50).

Compression de la queue de cheval par une balle de revolver. Diagnostic du siège exact de celle-ci. Laminectomie. Mort de complications pulmonaires un mois plus tard, par M. Loheac.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, 2e sem., p. 90).

MALADIES DE L'ABDOMEN. — INTESTINS.

Examen anatomique d'une double hernie inguinale directe, par M. Voituriez.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1886, p. 204).

Epithéliome anal. Extirpation, par M. Flament.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 168).

Péritonite ankystée, péri-ombilicale avec fistule. Mort. Autopsie, par M. Wacquez.

(Soc. anat. clin., 1888, p. 101).

Volumineuse hernie inguinale étranglée. Cure radicale, par M. Wacquez.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 236).

Typhlite et pérityphlite. Perforations multiples du cæcum. Péritonite suraiguë. Examen des pièces, par M. Ballenghien.

(Soc. Anat. clin , 1889, p. 23).

Hernie inguinale congénitale (Variété funiculaire). Cure radicale. Guérison, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 158-164, avec figure).

Hydro-épiplocèle congénitale chez un enfant de 7 ans. Cure radicale. Examen du sac. Guérison, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 173-176).

Hydrocèle funiculaire des vieillards coexistante avec une hernie inguinale droite, par M. Ballenghien.

(Soc. Anat. clin ,1889, p. 372).

Epiplocèle crurale irréductible par adhérence au sac. Coexistence de deux variétés de kystes pré-herniaires. Difficultés du diagnostic. Cure radicale. Guérison, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 3).

Kyste hydatique du foie en communication d'une part avec les bronches, d'autre part avec les voies biliaires. Intervention chirurgicale, par MM. Pérignon et Malant.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 90 à 96).

Hernie cœcale volumineuse dans la région crurale. Phénomènes d'étranglement. — Hernio-laparotomie. — Guérison, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1891., p. 13-23).

Cancer annulaire du rectum. Opération de Kraske, par M. Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 34).

Hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau de la paroi abdominale d'un phlegmon du ligament large gauche. Cure radicale. Guérison, par M. Pérignon.

(Bul. Soc. Anat. clin., 1891, p. 40).

Tumeur cancéreuse du rectum paraissant pédiculée. Opération de Kraske modifiée. On reconnaît qu'il y a à la fois prolapsus et invagination. Mort de pneumonie 15 jours après l'opération, par Franchomme.

(Bul. Soc. Anat. clin., 1891, p. 50-55).

Sur un cas d'occlusion intestinale par double invagination iléocœcale chez les adultes (avec figures), par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 79-85).

Fibro-lipôme volumineux dans le méso-colon descendant. Ablation de la tumeur par dissection. Résection de 14 cent. de gros intestin. Mort par choc opératoire, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 185).

Quelques modifications à l'opération de Kraske, par M. Duret.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 193).

Pointe de hernie dans un kyste de la grande lèvre, par M. Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 194).

Hernie épigastrique douloureuse. Cure radicale, par M. Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 167.)

Résection d'une petite portion de la vessie dans la cure radicale d'une hernie crurale. Suture de Lambert. Guérison, par M. Moisy).

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 165).

Cure radicale d'une volumineuse hernie ombilicale par la suture à trois plans des laparotomistes, par Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 189).

Hernie inguinale congénitale étranglée, chez un homme de 23 ans. Cure radicale. Guérison.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 61).

Un cas d'appendicite suppurée traitée par l'ouverture précoce, suivie de rapide guérison, par M. Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 66).

Sur un cas de kyste dermoïde de la marge de l'anus, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 71).

Occlusion intestinale tardive après kélotomie, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 96).

Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par M. Samain.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 152).

Tuberculose avancée de la valvule ilio-cœcale. Typhlite et appendicite tuberculeuse, avec figure, par M. Courteville.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 143).

Cancer annulaire du rectum. Opération de Kraske. Mort par perforation aiguë de l'estomac, par M. Franchomme.

(Soc. des Sc. méd. et Journ. des Sc. méd., 1896, p. 142).

Fistule biliaire cutanée. Cholecystectomie, par M. Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 510).

Hernie inguinale droite. Oschéocèle volumineuse. Symphise de plusieurs anses intestinales. Hermo-laparotomie. Guérison, par M. Boutillier.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 42, 2e semestre).

Appendicite calculeuse ouverte dans la vessie. Laparotomie. Guérison, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 2e semestre 1896, p. 223).

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Volumineux calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux chez une femme, par M. Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 278).

Calcul vésical très dur. Taille hypogastrique. Hydromphrose ancienne suppurée. Autopsie, par M. Pruvost.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1887, p. 300).

Epithéliome de la verge, par M. Mohammed.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 76).

Cancer du trigône vésical diagnostiqué du vivant du malade. Dilatation d'un urétère. Rein Brightique, par M. Drappier.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 13).

Tumeur du col vésical (Hypertrophie prostatique localisée). Lésions mécaniques et inflammatoires en amont. Hydronéphrose et pyélonéphrite. Autopsie, par M. Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 15).

Tuberculose des testicules. Castration, par M. Leplat.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 127).

Deux cas d'épithéliome du pénis. Considérations sur le pronostic et le traitement. Modifications du procédé Demarquay, par M. Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1889, 208 et 221, avec figures).

Calculs phosphatiques anciens enchatonnés dans une cavité prévésicale. Taille sus-pubienne, par M. Ballenghien.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 222-232).

Fibro-myome du col de la vessie. Accidents de rétention, par M. Briquet.

.(Soc. Anat. clin., 1890, p. 27).

Cancer primitif de la prostate avec propagation à l'urétère et au rein, par M. Sonville.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 140).

Contusion dans un cas de rétrécissement de l'urèthre. Rétention d'urine, par M. Mahieu.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 189).

Néphrorraphie ancienne. Présentation de pièces anatomiques avec figures, par M. Moissy.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 68-71).

Taille hypogastrique pour calcul vésical chez un enfant de 7 ans. Suture primitive de la vessie. Réunion par première intention, par Thoyer.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 79).

Hermatocèle vaginale traitée par l'incision. Guérison, par Delegrange.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 117).

Orchite-épididymite blennorrhagique. Terminaison par suppuration spontanée du parenchyme testiculaire, par Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 234).

Un cas d'inversion testiculaire, par Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 187).

Varicocèle. Opération de Guyon, par Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 81).

Cystite tuberculeuse avec uréthrite et néphrite ascendante du côté droit, tuberculose aiguë. Mort, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 101).

Tuberculose rénale. Néphrectomie. Guérison, par Samain.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 100).

Difficultés du diagnostic bactériologique des tuberculoses urinaires, par Lemière.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 109).

Un haricot dans la vessie. Troubles consécutifs. Extraction par les voies naturelles, par Samain.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 117).

Rupture traumatique complète de l'urèthre consécutive à une chute à califourchon sur une barre de fer. Urétrorrhraphie. Guérison, par Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 207).

Hématocèle parœ vaginale, consécutive à une ponction d'hydrocèle, par Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 68, avec figure).

Cancer de la verge. — Amputation par un procédé spécial. Guérison, par Duquesnoy.

(Soc. Anat. clin., in Journ. des Sc méd., 1896, p. 451, avec figure).

Rupture complète de l'urèthre. — Urréthrorraphie. — Guérison, par Lohéac.

(Soc Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 475).

Sur un cas d'épithéliome primitif du rein gauche chez un homme de 23 ans. — Néphrectomie. — Guérison, par Danel.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 478).

Néphrotomie pour anémie calculeuse à forme convulsive. Guérison, par Vailhen.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 111).

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Tumeur kystique de l'ovaire gauche avec nombreuses végétations d'aspect papillomateux. — Développement lent de cette tumeur. Laparotomie. — Extirpation, par Gars.

(Soc. Anat. clin., 1886, p. 168).

Epithéliome utérin.

(Bull. Soc. Anat. clin., Van Heuwerswyn, 1887, p. 21).

Opération de récidive d'une tumeur kystique de l'ovaire. par Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 82).

Cancer des deux ovaires. — Ascite considérable à liquide d'abord hématique. — Aspect mélanique du péritoine, par Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 196).

Pelvi-péritonite puerpérale avec prolongement lombaire et néphrétique enkystée, par Haquin.

(Soc. Anat. clin., 1887, p. 253).

Epithéliome du col utérin, par Widiez.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 71).

Epithéliome primitif de la vulve localisé à la grande lèvre gauche au niveau d'un ancien phlegmon, par Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 227).

Epithéliome primitif de la grande lèvre droite chez une femme syphilitique. Pièces et examen microscopique, par Ballenghien.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 55).

Volumineuse tumeur polykystique de l'ovaire gauche, compliquée d'albuminurie, de fièvre, d'ascite et de péritonite. Ovariotomie. Guérison, par Ballenghien.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 124).

Kyste de l'ovaire avec élongation considérable de la corne utérine correspondante.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 146).

Vaste gâteau polykystique de l'ovaire gauche ; orthopnée, ascite et œdème des membres inférieurs. Ovariotomie. Adhérences endineuses. Poches hydratiformes. Guérison, par Ballenghien.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 191-197).

Cancer du col utérin : hystérectomie vaginale. Particularités opératoires, par Thibaudet.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 253).

Polype intermittent de l'utérus, par Thibaudet.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 377).

Epithéliome utérin. Hystérectomie. Guérison, par Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1889, p. 362).

Fibro-myôme utérin et kyste de l'ovaire. Hystérectomie, par M. Thibaudet.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1889, p. 301).

Cancers des ovaires, par Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 22).

Cancer primitif de la cloison recto-vaginale. Diagnostic avec un syphylôme, par Dennetières.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 30).

Cancer primitif du corps de l'utérus, par Dennetières.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 53).

Kyste du conduit excréteur de la glande de Bartholin, par Dennetières.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 88).

Salpyngite et ovarites suppurées. Laparotomie et ablation. Guérison, par Dennetières.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 110).

Double kyste dermoïde de l'ovaire. Extirpation. Guérison, par Briquet.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1890, p. 125).

Grand kyste unitraloculaire de l'ovaire avec masse polykystique, par Duchateau.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 152).

Kyste dermoïde de l'ovaire. Disposition particulière de la trompe, par Drappier.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 193, avec figure).

Tumeur éléphantiasique de la vulve développée aux dépens des petites lèvres, par Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 23).

Péri-ovaro-salpyngite suppurée d'origine puerpérale. Etat septique pendant 40 jours. Laparotomie. Guérison (avec courbes thermométriques), par Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 87-92).

Kyste inclus dans le ligament large, par Duret.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 105).

Epithéliome utérin. Hystérectomie vaginale, par Robin-Massé.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 109).

Prolapsus utérin complet. Hystérectomie. Guérison, par Pérignon.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 132).

Kyste dermoïde des deux ovaires. Laparotomie. Guérison, par Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 160).

Fibrôme de l'ovaire. Laparotomie, par Delegrange.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 12).

Volumineux hydrosalpynx simulant un kyste ovarien, par Delegrange.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 21).

Enorme salpyngite suppurée guérie par une seule ponction vaginale, par Delegrange.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 41).

Pathogénie de l'hématosalpynx, par Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 62).

Kyste volumineux de l'ovaire. Adhérences multiples. Laparotomie. Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 91).

Enorme kyste de l'ovaire du poids de 46 kilog. Adhérences totales à la paroi abdominale antérieure. Procédé opératoire particulier. Guérison, par Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 148).

Enorme masse polykystique de l'ovaire à petites cavités, prise pour un fibrôme utérin à cause de sa dureté. Laparotomie, par Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 151).

Hypertrophie singulière du col de l'utérus simulant une verge extra-vulvaire, par M. Cocheril.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 34, avec figures).

Kyste de l'ovaire simulant un kyste paro-ovarien. Infiltration calculeuse des parois kystiques, par Van Heuwerswyn.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 3-9).

Kyste dermoïde de l'ovaire pris pour un fibrôme. Laparotomie. Guérison, par Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 42).

Pyosalpyngite. Ablation des annexes par la voie abdominale. Guérison, par Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 57).

Fibrôme intra-utérin non pédiculé enlevé par les voies naturelles, par Duret.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 70).

Cancer du col utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison, par Druon.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 72).

Enorme kyste de l'ovaire. Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 59).

Tumeur polykystique de l'ovaire en partie recouverte par l'utérus et la corne utérine considérablement dilatée et hypertrophiée. — Opération. — Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 81).

Epithéliome du col. Hystérectomie. Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 167).

Énorme tumeur abdominale (kysto-sarcômes) développée aux dépens de l'ovaire droit. Utérus fibromateux et fibrômes utérins. Ovariolomie. Hystérectomie avec pédicule suturé à la paroi. Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 173-180).

Kyste dermoïde du ligament large, par Mahieu.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 242).

Péri-ovaro-salpyngite suppurée de date ancienne avec pelvi-péritonite subaiguë. Hystérectomie vaginale par morcellement Guérison, par Frappier.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 27).

Péri-metro-salpyngite suppurée. Hystérectomie par morcellement. Guérison, par Frappier.

(Soc. Anat. clin., 1896, p. 27).

Gros fibrôme mou de l'utérus avec ascite simulant une péritonite tuberculeuse. Ablations par la voie abdominale. Guérison, par M. Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 30).

Annexite ancienne fibreuse formant tumeur entre la vessie et l'utérus. Hystérectomie vaginale par morcellement. Guérison, par Desbonnets.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 39).

Kyste multiloculaire de l'ovaire du poids de 7 kilog. simulant un fibrôme utérin. Laparotomie. Guérison, par Philippart.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 51).

Deux kystes tubo-ovariens considérables en partie inclus dans les ligaments larges. Ovariotomie double. Guérison, par Duret.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 93).

Disposition des vaisseaux dans les kystes de l'ovaire, par Duret.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 150).

Salpyngite double suppurée et kyste de l'ovaire. Hystérectomie vaginale. Mort d'une crise d'angine de poitrine due à une symphise cardiaque au second jour de l'opération, par Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 169).

Cysto-fibrôme de l'utérus. Hystérectomie abdominale par division médiane, par Lemichez.

(Soc. Anat. clin., 1895, p. 192).

Kyste multiloculaire déhiscent de l'ovaire. Laparotomie en pleine période de déhiscence. Lavage du péritoine. Drainage abdominale vaginale. — Guérison, par Schmitt.

(Soc. Anat. clin., in. Journ. des Sc. méd., 1896, p. 209).

Kyste dermoïde suppuré du mésentère avec adhérences intestinales. Laparotomie. Marsupialisation du kyste, par Lemichez.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 342).

Hystérectomie vaginale pour utérus fibro-myomateux pesant 800 grammes. Guérison, par Debuchy.

(Soc. Anat. clin. in. Journ. des Sc. méd., 1896, p. 421).

Cancer secondaire du grand épiploon simulant une tumeur du mésentère. Cancer végétant primitif des ovaires. Laparotomie. Mort d'apoplexie pulmonaire, par Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin. in. Journ. des Sc méd., 1896, p. 84, 2e sem.).

Pyosalpyngite énorme. Hystérectomie vaginale en pleine évolution fébrile. Septicémie péritonéale aiguë. Résultat des injections salines, par Fourmeaux.

(Soc. anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, 2e sem., p. 134).

MÉMOIRES.

Kyste dermoïde de la plante du pied (avec figure), par Jolly

(Soc. Anat. clin., 1888, p. 64).

Tumeur mélanique (sarcôme alvéolaire) de la face dorsale du pied. Généralisation ganglionnaire. Amputation de la cuisse, par Monestié.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 61).

Courbure rachitique des os de la jambe. Ostotéomie cunéiforme double. — Guérison, par Mahieu.

(Bull. Soc. Anat. clin., 1890, p. 137, avec figure).

Sur un cas d'arrachement du pouce, par Lancial.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 180).

Hygromœ chronique de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie. Extirpation. Guérison, par Didier.

(Soc. Anat. clin., 1890, p. 213).

Observation de pieds valgus douloureux des adolescents. Photographie des empreintes plantaires, par Thoyer.

(Soc. Anat. clin., 1892, p. 8-12.)

Arrachement de l'index droit, par Franchomme.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 49.)

Fracture de la malléole externe avec déplacement du pied en arrière, par Camelot.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 107).

Plaie par écrasement de la face dorsale de la main gauche. Lésions de broiement. Conservation du pouce et du petit doigt, par Samain.

(Soc. Anat. clin., 1891, p. 114).

Onychogrypose, par Duret.

(Soc. Anat. clin., 1894, p. 114).

Chondrômes multiples de la main droite. Ablation par évidement, par Fourmeaux.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 55).

Ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied, par Lelandais.

(Soc. Anat. clin., 1893, p. 107).

Brûlure de la paume de la main. Cicatrice vicieuse. Autoplastie par la méthode indienne, par Duquennoy.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, p. 138, avec figure).

Tumeur d'aspect sarcomateux ou fougueux répondant à la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne, par Danel.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, 2e sem., p. 189).

Epithéliome cutané, du tiers de la jambe. Ablation. Autoplastie avec un lambeau fessier, par Bourlet.

(Soc. Anat. clin. in Journ. des Sc. méd., 1896, 2e sem., p. 161 (avec figure).

Lille Imp. L. Danel.